

Tarcísia Castro Alves

**Dispositivos de Empoderamento em Saúde Mental de um Centro de
Atenção Psicossocial no Brasil**

Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Walter
Ferreira de Oliveira
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo
Mourão Vasconcelos.

Florianópolis
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Castro Alves, Tarcísia

Dispositivos de Empoderamento em Saúde Mental em um
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil
[dissertação] / Tarcísia Castro Alves ; orientador, Walter
Ferreira de Oliveira ; co-orientador, Eduardo Mourão
Vasconcelos. - Florianópolis, SC, 2012.
146 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Empoderamento. 3. Dispositivos.
4. Saúde Mental. I. Ferreira de Oliveira, Walter. II.
Mourão Vasconcelos, Eduardo. III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Dispositivo de empoderamento em saúde mental em um centro
de atenção psicossocial (CAPS) no Brasil”**

Tarcísia Castro Alves

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas em Saúde Coletiva**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos (Membro Externo)

Profa. Dra. Daniela Ribeiro-Schneider (Membro Titular)

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires (Suplente)

Este trabalho é dedicado:

A minha avó, **Sofia Montalvão** (*in memorian*): com você aprendi a enfrentar as barreiras da vida, a me fazer forte mesmo não sabendo o que fazer. Aprendi também a buscar a sabedoria nas coisas simples, entendendo que a sabedoria vai além de qualquer tipo de conhecimento, pois só os humildes alcançam, não é vó? Terei a sua história de vida sempre como exemplo para a minha vida, pois aprendi com a sua história que não existe o bom ou o ruim, o bem ou o mal, a razão ou a loucura, mas existe o amor que transcende as nossas limitações. Você me ensinou muito mais que os estudos ou os livros conseguiriam me ensinar e isso me faz a cada dia a pessoa mais privilegiada desse mundo. Espero que possas estar feliz assim como eu estou por agora agradecê-la como sempre fiz. Obrigada vizinha, por me fazer forte, pois as nossas vidas continuam...

Aos meus pais, **Creomides e Carlinda**: por serem meus exemplos e pilares de sustentação nessa minha vida de andarilha. Obrigada pela confiança, suporte, amor, carinho, cuidado e por serem o meu porto seguro mesmo estando tão longe de casa. Não saberia lidar com as barreiras se não tivesse parte de vocês em mim, sempre me fazendo ir em frente sem nunca desistir dos meus sonhos. Obrigada por me ensinar os maiores valores da vida, com os seus

exemplos de vida. A vocês o meu eterno amor e gratidão.

Aos meus irmãos, **Weriston e Élon** que se fizeram presentes mesmo distantes com suas demonstrações de carinho, força, equilíbrio, me permitindo desabafar nos momentos de solidão. Muito obrigada ‘painho’ e ‘mainha’ por terem me dado irmãos de ouro, amigos eternos que me fazem rir e chorar de alegria diariamente. Amo vocês demais.

Ao meu marido, **Edivan** por todo amor, cuidado, carinho, paciência, dedicação e principalmente por ter esperado o momento para estarmos juntos. Não existem palavras para te agradecer ‘preto’, meu amor.

Aos **usuários, familiares e profissionais:** por permitirem que eu adentrasse os seus espaços e conhecesse o que vocês acreditam ser o verdadeiro cuidado, me fazendo pensar e (re) pensar conceitos e pré-conceitos. Obrigada por me fazer descobrir que o cuidado maior está dentro de cada um de nós, precisamos apenas qualificar e entender o verdadeiro significado desse cuidado. Obrigada por dividir seus conceitos e nos mostrar dispositivos que possibilitam o empoderamento. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por me possibilitar a realização deste sonho, garantindo condições para ampliação de conceitos na minha bagagem profissional.

Ao meu orientador, **Dr. Walter Ferreira de Oliveira**, pela sua sabedoria e por apostar e me permitir buscar respostas para minhas angústias, me deixando livre nesse caminhar. Agradeço pela confiança que me depositou e por acreditar na possibilidade da minha proposta.

Ao meu coorientador, **Eduardo Mourão Vasconcelos**, pela paciência, pelo compromisso e por me oferecer suporte nos momentos críticos. Agradeço pelas experiências e vivências compartilhadas. Obrigada, principalmente, pelo crescimento que me proporcionou.

Aos professores do PPGSC, pelas trocas de experiências, pela competência e compromisso com a qual conduziram o curso e nos enriqueceram de informações e conhecimentos. Obrigada pelo carinho e acolhimento.

Aos meus colegas de turma, pelo acolhimento, pelo carinho, por me fazerem sentir em casa mesmo estando tão longe. Sem esse apoio não saberia lidar com a saudade. Muito obrigada!

Às minhas amigas que me fizeram refletir acerca da palavra ‘amizade’. Vocês de fato quebraram paradigmas. Não tenho palavras para agradecer a parceria, o cuidado, a confiança, o acolhimento, o carinho e principalmente a amizade de vocês: **Juliana, Carol, Sabrina, Fabíola, Francielle, Fernanda Rodrigues, Karine, Fernanda Pacheco**. Amo muito todas vocês!

À Cida Baiana e sua família, que me acolheram com todo carinho em sua casa, me proporcionando estar em família em uma cidade de cultura tão diferente, mas com pessoas muito acolhedoras. Agradeço de coração o carinho e acolhida calorosa em dias muito frios, de fato.

À minha família por acreditar em meus sonhos, me dar força e me incentivar a nunca desistir de alcançá-los, me mostrando caminhos para superação. Agradeço muito a força e a parceria!

Aos meus tios e primos: Fausto, Judite, Milza, Otto, Clayton. Guilherme, João Vitor, Bernardo, Milena e Maria Luiza por estarem sempre por perto me fazendo sentir em casa. Vocês são demais!

Aos meus primos: Elísia, Dijalma, Danilo, Nil, Yto que sempre estão de portas abertas a me receber, mesmo sabendo que eu dou trabalho. Com vocês percebo o verdadeiro significado de família colhedora. Muito obrigada primos!

À família do meu marido, em especial Antônia Gomes, minha querida sogra e segunda mãe, pelo carinho e amor demonstrados em todos os momentos que estivemos juntas e mesmo estando distante. Muito obrigada pelo incentivo e por fazer parte da minha vida.

À minha grande amiga Walmária pela força, apoio e suporte nessa minha trajetória e conquista. Ter te conhecido foi um presente de Deus. Obrigada.

À minha colega pesquisadora, Lúcia Rosa, obrigada pelo apoio e parceria nos momentos de coleta. Foi muito importante dividir com você as angústias da vida e do campo de pesquisa. Obrigada Lucia!

À minha amiga, psicóloga, colega Monique Brito pela força nos momentos de dificuldade e por estar comigo, ler o meu trabalho e ser peça importante na finalização deste. Amiga não tem palavras para agradecer a sua paciência e parceria. Obrigada!

Aos profissionais que hoje tenho o prazer de trabalhar junto, que mesmo sabendo das minhas viagens do mestrado me deram a oportunidade de fazer parte de sua equipe. Obrigada: Guilherme Menezes, Márcia Viviane, Karine, Mônica... Muito obrigada!

Aos meus amigos e parceiros na saúde mental que estiveram comigo desde o meu despertar para essa área mesmo não estando especificamente na saúde mental lutam por melhorias nessa área.

Muito obrigada pelo apoio, incentivo, trocas: Geovane, Gilson, Romeu, Bruna, Lourdinha, Rosana, Claudinézia, Stael, Danilo, Péricles, Angélica, Renata, Eliana, Dinorá... Vocês são exemplos de determinação. Estaremos sempre juntos nessa luta!

VIII

Aos meus colegas de residência que fizeram parte dessa história e estão trabalhando em busca de melhorias na saúde mental onde quer que estejam. Vocês foram muito importantes na minha formação. Muito obrigada professores e colegas residentes por fazerem parte da minha história.

À minha equipe de trabalho em saúde mental a qual ‘tiro o chapéu’ e tenho orgulho de fazer parte, representados por Ellen (CAPS AD), Rodrigo (CAPS IA) e Aparecida (CAPS II). Obrigada pela parceria e energia dispensada a esse trabalho tão gratificante.

A todos que trabalham em prol de mudanças na saúde mental, que acreditam na proposta da reforma e principalmente que permitam aos usuários serem sujeitos de suas histórias.

À Deus, por todos os momentos de medo, de incertezas e de insegurança que me fizeram repensar e valorizar as mínimas coisas da vida. Obrigada Senhor por ter me conduzido e me protegido em todos os meus passos, me guiando para a realização desse trabalho.

RESUMO

O presente trabalho pretendeu investigar o conceito, as estratégias e os dispositivos de estímulo ao empoderamento reconhecidos pelos principais atores envolvidos no cuidado em saúde mental, em dois serviços de atenção psicossocial, como forma de contribuir para a avaliação de como vem se dando a identificação, caracterização e a apropriação dos dispositivos de empoderamento no processo de Reforma Psiquiátrica no país. Como campo de pesquisa, foram selecionados um Centro de Atenção Psicossocial e um Centro de Convivência, ambos do município de Campinas/SP. Tivemos como sujeitos da pesquisa sete usuários, três familiares e vinte e quatro profissionais da equipe multiprofissional. O estudo de caso tomou a forma de uma pesquisa descritiva e qualitativa, sendo utilizados dois instrumentos para coleta de dados: a entrevista e a observação participante. A entrevista semiestruturada foi utilizada tanto para entrevistas individualizadas, realizadas com os usuários e familiares, quanto para entrevistas coletivas, feitas nas rodas de conversa com os profissionais. A observação participante, auxiliada por um roteiro previamente elaborado, subsidiou a participação em diversos e diferentes espaços no campo de pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo analisadas por meio da identificação de categorias temáticas principais, a partir das quais se buscou fazer uma análise descritiva das visões de cada um dos conjuntos de atores. Como resultados obtivemos que o conceito de empoderamento apresentados por usuários, familiares e profissionais vislumbra a autonomia dos usuários e familiares, perpassando pelo poder de escolha, pelo poder de decisão e pelo poder de serem sujeitos com as suas diversidades e semelhanças. E esses conceitos apresentam-se na prática de grupos e oficinas tendo como pontos em comum a busca pelo protagonismo e pela corresponsabilização dos usuários no seu projeto terapêutico nos serviços e no seu projeto de vida. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a compreensão da importância do empoderamento na reinserção das pessoas em sofrimento mental, servindo como ferramenta, como um caminho possível para modificarmos as diversas realidades de cuidado desenvolvidas nos CAPS espalhados pelo Brasil.

Palavras-chaves: Empoderamento, Dispositivos, Saúde mental.

ABSTRACT

The present work intended to investigate the concept, the strategies and the devices of encouragement to empowerment recognized by the main actors involved in mental health care, in two day-care psychosocial services, as a way of contributing to the assessment of how the identification, characterization and the appropriation of devices of empowerment in the process of the Psychiatric Reform in the country have been taking place. As a field of research, we selected a day-care psychosocial Center and a Center for Coexistence, both in the municipality of Campinas SP. We had as subjects of the research seven users, three family members and twenty-four multidisciplinary team professionals. The case study took the form of a descriptive and qualitative research, and used two instruments for data collection: the interview and the participant observation. The semi-structured interview was used both for individualized interviews, conducted with users and their families, as well as press conferences, made in the wheels of conversation with the professionals. The participant observation, aided by a previously prepared sequence, subsidized the participation in various and different spaces in the research field. The interviews were recorded and transcribed, being analyzed by means of identifying major themes, from which it was sought to make a descriptive analysis of the views of each of the sets of actors. As a result we obtained that the empowerment concept presented by users, families and professionals envisions autonomy of the users and family, seeping through the power of choice, by the power of decision and by the power of their subjects with their diversity and similarities. And these concepts are presented in groups and workshops taking as points in common the search for the role and by the co-responsibility of users in its therapeutic project in the services and in its life project. It is expected that this work will contribute to the understanding of the importance of empowerment in the reinsertion of people suffering mental disability, serving as a tool, as a possible way to modify the various realities of caring developed in the CAPS all over Brazil.

Key-words: empowerment, devices, mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Conceitos chaves de empoderamento coletivo segundo Vasconcelos	47
Quadro 2: Estratégias de empoderamento na intervenção do profissional segundo Vicente Faleiros	49
Quadro 3: Dimensões do empoderamento segundo Maurice Moreau	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distritos de Saúde de Campinas	54
Figura 2: Centro de Convivência Tear das Artes	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AFDM	Associação de Familiares e Doentes Mentais
AFLORE	Associação Florescendo a vida dos Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas
APACOJUM	Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
HVN	<i>Heareng Voices Network</i>
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
SADA	Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	XI
LISTA DE FIGURAS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XIII
PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	16
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 PERCURSO HISTÓRICO DAS MUDANÇAS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
1.2 MOTIVAÇÃO PARA O TEMA – VIVÊNCIAS E ANDANÇAS NA SAÚDE MENTAL	19
1.3 O MOMENTO DO EMBARQUE NO DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. BASE CONCEITUAL E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	23
3.1 EMPODERAMENTO: ENTENDENDO SEU CONCEITO, EM PERSPECTIVA HISTÓRICA	23
3.2 REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA E SUAS MUDANÇAS NA SAÚDE MENTAL – SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	29
3.2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e seu processo histórico	29
3.2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: suas conquistas para a saúde mental	32
3.2.3 A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios	35
3.2.4 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal serviço substitutivo no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira	37
3.3 DISPOSITIVOS E ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO.	39
3.3.1 Dispositivo: uma breve conceituação	39
3.3.2 Estratégias de empoderamento no cenário internacional e suas influências no contexto	

brasileiro	40
3.3.3 Experiências brasileiras de empoderamento no campo da saúde mental	42
4. METODOLOGIA	52
4.1 ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA O PROCESSO DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS	52
4.2 LOCAL DE ESTUDO	53
4.2.1 Caracterizando o local da Pesquisa: a rede de saúde do município de Campinas/SP	53
4.2.2 O campo do estudo: o Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano da Costa Filho	56
4.2.3 O Centro de Convivência Tear Das Artes – descoberta de mais um campo	57
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	60
4.4 COLETA DE DADOS	62
4.5 DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO	65
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
REFERÊNCIAS	67
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO	78
6. ARTIGO I - A VISÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS ACERCA DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE MENTAL	79
7. ARTIGO II - OS DISPOSITIVOS DE EMPODERAMENTO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS PROMISSORAS DE UM TRABALHO EMPODERADOR	101
PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS	136
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista – Grupal	137
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista – Individual	138
APÊNDICE C – Roteiro de Observação Participante	139
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – gestor e equipe profissional	141
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – usuário e familiar	143
ANEXO A – Autorização da Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP	145
ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC	146

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO
1. INTRODUÇÃO

1.1 PERCURSO HISTÓRICO DAS MUDANÇAS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil, o projeto da Reforma Sanitária foi propulsor da construção de uma nova hegemonia, de reformulação do campo do saber em saúde, uma estratégia política de luta pela democracia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação entre Estado e sociedade (FLEURY, 2009). Segundo Vasconcelos (2003), uma perspectiva muito própria de empoderamento foi construída durante o período da reforma, sendo também incorporado na Constituição Federal de 1988, assim como na própria legislação e na estrutura do atual Sistema Único de Saúde. Dentre as alterações na legislação temos como marco a promulgação da Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990, que representou uma conquista de empoderamento das pessoas ao regulamentar a participação social como princípio básico da política nacional de saúde, objetivando não só exercer pressão, como também planejar e fiscalizar todos os atos da política e gestão do sistema (BRASIL, 1990a).

Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica, tanto em nível mundial quanto local, operou e vem operando mudanças significativas no campo da saúde e saúde mental no Brasil. Essas mudanças se concretizam em políticas e programas que buscam a criação de equipamentos e capacitação de agentes que atuem no sentido da substituição do modelo manicomial por estratégias alternativas de cuidado (FIGUEIRÓ, 2009).

A estratégia de empoderamento mostra-se como um elemento central nas políticas sociais, no serviço social e de saúde mental na Europa e em alguns países de língua inglesa, a partir dos anos 80, tendo atingido maior destaque nos anos 90, (VASCONCELOS, 2003), associado a um longo processo de desenvolvimento de movimentos sociais de grupos populacionais submetidos à relação de opressão e discriminação, e a uma cultura democrática disseminada no tecido social. No Brasil, assim como em alguns países periféricos e semi periféricos, essa estratégia emergiu durante a década de 1990, estando voltadas para além do campo da saúde mental, incluindo também o serviço social (VASCONCELOS, 2008a).

O empoderamento parte de uma construção recente no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, reportando-se a noções de distintos campos do conhecimento, tendo suas raízes nas lutas pelos direitos civis e sociais, desde a modernidade, no movimento feminista e outros movimentos sociais populares da segunda metade do século XX. Dessa forma, com foco em mudanças e fortalecimento de grupos e

indivíduos, os dispositivos de empoderamento em saúde mental tornam-se fatores importantes para a criação de autonomia e reinserção social.

De acordo com Vasconcelos (2008b), o empoderamento configura-se como,

(...) uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social (p.60).

O empoderamento e a participação social são conceitos que fazem parte do campo de ação da promoção da saúde, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde (WHO, 1984).

Reforçando essa participação, a Política Nacional de Promoção da Saúde traz entre seus objetivos a ampliação da autonomia e da corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público no cuidado integral à saúde, e a minimização e/ou extinção das desigualdades de toda e qualquer ordem (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde Mental considera o empoderamento um dos seus desafios, bem como a consolidação e ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania (BRASIL, 2005). Embora o documento da política não tenha disposto objetivamente sobre o empoderamento, aborda-o, implicitamente, como um instrumento de reinserção social, autonomia e promoção da saúde mental.

Entretanto, no processo de mudanças e avanços na saúde mental, o empoderamento é trazido de forma clara no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2010, no eixo III - Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, sub eixo 3.7 - Organização e mobilização dos usuários e familiares em saúde mental, em que além de trazer o termo empoderamento, apresenta maneiras de se alcançá-lo, como por exemplo, através do aumento da autonomia e autoestima; pelo estímulo a criação de projetos com o protagonismo dos usuários e familiares; pela

criação de cartilhas informativas que esclareçam os direitos e deveres das pessoas com transtorno mental; pela garantia e fortalecimento das associações e cooperativas de usuários e familiares, dentre outros (BRASIL, 2010).

Dessa forma, os dispositivos de empoderamento podem, igualmente, contribuir, a partir desse processo de construção de propostas mais consistentes, para a reorganização das práticas assistenciais desenvolvidas nos serviços substitutivos, como por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Convivência. Assim, esses dispositivos são vistos como um conjunto de ações de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade.

1.2 MOTIVAÇÕES PARA O TEMA – VIVÊNCIAS E ANDANÇAS NA SAÚDE MENTAL

O interesse pelo tema “Dispositivos de Empoderamento em Saúde Mental” surgiu das minhas andanças no campo da saúde mental, movido pela angústia de ter encontrado, mesmo após as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, lógicas de cuidado diferentes: lógica manicomial (CAPS como o novo formato de manicômio) *versus* lógica reformista (serviços substitutos ao manicômio, pautado no protagonismo dos usuários e na reinserção social). Trago nas linhas que seguem, de forma breve, como surgiu esse desejo pelo tema.

Na minha trajetória de formação pessoal e profissional sempre tive o prazer e o interesse em cuidar do outro, em estar com o outro. Essa sutileza dos tratos com as pessoas vieram dos ensinamentos da minha avó que necessitou de cuidado e carinho por um período da vida.

Esse contato me direcionou a escolha profissional me fazendo graduar em enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Durante o meu período de formação me deparei com muitos entraves acerca do cuidado na área da saúde, mas a saúde mental me sensibilizou, pois o contato direto com pessoas em sofrimento psíquico, pela primeira vez durante o estágio curricular, me fez encantar por essa clínica e me trouxe um desafio de descobrir por que determinadas pessoas poderiam passar a apresentar comportamentos diferentes dos ditos “normais”, necessitar de cuidado e apoio familiar, mas a forma soberana de tratamento era o cerceamento da sua liberdade, longe de quem pudesse dar carinho e apoio.

Entretanto, talvez pelo pouco tempo de estágio, ou pela falta de maior conhecimento, fiquei frustrada, com perguntas sem respostas, dando continuidade aos estudos sem me aprofundar nesses entraves.

Assim que me graduei assumi a assistência de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II Adulto e lá descobri que o pouco que sabia da clínica em saúde mental era insuficiente para lidar com a complexidade que estava embutida no compromisso de reinserção social existente na proposta da Reforma. Dessa forma, senti a necessidade de aprender para entender e me qualificar, decidindo fazer uma especialização em Saúde Mental oferecida pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mas não foi o bastante. Acredito que essa luta por uma reforma e mudanças de conceitos acabou aguçando ainda mais o desejo me fazendo encontrar na saúde mental minha área de atuação profissional.

No intuito de entender os entreves da persistência da lógica manicomial ainda existente na prática do dia a dia, me inseri em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ISC/UFBA, onde tive a oportunidade de vivenciar diversas lógicas de cuidado na Bahia e em outros estados; conhecer as referências do cuidado em saúde mental no país e no mundo; ler e conhecer autores que buscavam a partir de estudos e pesquisa apresentar as boas abordagens existentes em saúde mental e com isso descobri um caminho para responder as minhas questões e angústias que me acompanhavam desde a graduação.

Descobri um autor – Eduardo Mourão Vasconcelos, que apresenta o termo “*Empowerment*” na saúde mental como uma estratégia que possibilita os sujeitos em sofrimento serem sujeitos necessitando apenas de formas/dispositivos que alavanquem e deixe emergir o cidadão acima de suas dificuldades e limitações vivenciadas por todos, não apenas por quem sofre psiquicamente.

Nesse caminhar, tive a oportunidade de conhecer e conversar com esse autor e apresentar a vontade de poder trabalhar esse tema e desvendar os segredos existentes nas atividades que são desenvolvidas nos serviços de atenção psicossocial que buscam empoderar às pessoas em sofrimento mental. Como resposta, tenho atualmente um laço de parceria e afinidade com esse autor que se tornou meu co-orientador e amigo.

Além desse contato, conheci o professor Walter Ferreira de Oliveira que abraçou o meu projeto e me deixou livre para poder dar resposta aos meus anseios e vasão aos impasses que encontramos na prática, assumindo o papel de orientador. Esse apoio e abertura me fez

pleitear e entrar no mestrado da Universidade Federal de Santa Cruz, me deslocando para a cidade de Florianópolis, onde fui acolhida.

Assim os convido a ler esse trabalho, fruto da busca pelo saber e formas de cuidado humanizado e principalmente por acreditar na proposta da Reforma Psiquiátrica com os serviços substitutivos da saúde mental apresentando o empoderamento como estratégia de reinserção social e inclusão, acreditando que as contribuições deste trabalho tenham reflexo no avanço e transformação das práticas na rede de atenção psicossocial, na formação profissional e na ação dos usuários e familiares como atores centrais da luta antimanicomial e do processo de Reforma Psiquiátrica no país.

Com esse estudo, identificamos nos serviços substitutivos em saúde mental dispositivos que têm um enorme potencial de trabalho em uma lógica de empoderamento, que possibilitam aos usuários e aos familiares uma maior autonomia e participação no projeto terapêutico, no planejamento e execução das atividades; uma compreensão do seu processo de adoecimento mental e as terapêuticas utilizadas; um incentivo à participação em movimentos de luta por melhorias das condições de cuidados e reinserção social.

Além disso, com os resultados obtidos, temos o prazer de disseminar as experiências vivenciadas, servindo assim como exemplos para muitas equipes que atuam nos serviços de saúde mental espalhados pelo Brasil, apresentando formas de lidar mais coerentes com os ideais antimanicomiais.

1.3 O MOMENTO DE EMBARQUE NO DELINEAMENTO DO ESTUDO

As vivências aqui trazidas e outras ainda não desveladas foram significativas para o delineamento do meu complexo objeto de estudo. Pude entender, a partir de reflexões e leituras, que estava respaldada nos objetivos dos serviços substitutivos em saúde mental, apresentados pelo Ministério da Saúde, de proporcionar à população de sua área de abrangência um acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, baseado no desenvolvimento de dispositivos que possibilitem o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004a).

Com isso, procurei identificar esses dispositivos para além dos documentos apontados pelo Ministério da Saúde, ou seja, na prática, buscando identificar, se de fato, esses dispositivos desenvolvidos no

CAPS e Centro de Convivência alcançavam os objetivos propostos, a partir do empoderamento dos usuários e familiares.

A visão de empoderamento foi abordada na dimensão de tornar as pessoas mais autônomas e autossuficientes em relação a sua saúde e suas escolhas de vida. Dessa forma, o empoderamento pode contribuir para um avanço conceitual e operativo das práticas de saúde mental, voltado para uma maior participação e engajamento das pessoas em sofrimento psíquico e os familiares no seu processo de cuidado.

Nesse interim, definimos como questões de pesquisa: **Os dispositivos desenvolvidos nos serviços de Atenção Psicossocial empoderam os usuários e familiares? Como usuários, familiares e profissionais compreendem este processo? Quais dispositivos são esses? Como eles funcionam?**

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Realizar um estudo exploratório e descritivo dos dispositivos que estimulam o empoderamento em um Centro de Atenção Psicossocial e um Centro de Convivência em Campinas/SP, no período entre outubro/2011 e janeiro/2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever os dispositivos e suas características, indicados pelos profissionais, gestor, usuários e familiares, que contribuem para o empoderamento de usuários e familiares do CAPS e Centro de Convivência.
- Comparar as atividades que os profissionais acreditam empoderar os usuários com as atividades que estes julgam se empoderar.
- Proporcionar uma reflexão, após a devolução dos resultados, acerca das contribuições da perspectiva do empoderamento para a Política Nacional de Saúde Mental, para a Reforma Psiquiátrica e para a capacitação da equipe profissional, dos usuários e dos familiares.
- Contribuir para o debate interno entre os atores

participantes do movimento antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica no país.

Pretende-se com esse trabalho suscitar a discussão dos dispositivos de empoderamento e o seu potencial de mudança na vida dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental; contribuir para a Política Nacional de Saúde Mental e de Reforma Psiquiátrica, bem como para o processo de cuidado existente nos CAPS direcionados ao empoderamento dos usuários; potencializar a formação profissional de trabalhadores do campo da saúde mental; e por último, mas tão importante quanto os já citados, para os atores e movimentos sociais que atuam no campo da saúde mental e da luta antimanicomial. Nesta perspectiva, o trabalho acadêmico não se configura como um fim em si mesmo, restrito ao âmbito da produção e divulgação científica, mas em um meio, uma ferramenta para a transformação das práticas de saúde mental desenvolvidas atualmente no nosso país e da ação política dos movimentos sociais do campo.

3. BASE CONCEITUAL E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

3.1 EMPODERAMENTO: ENTENDENDO SEU CONCEITO, EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Empowerment constitui-se num termo da língua inglesa de difícil tradução para o português. Mesmo assim, optou-se por se utilizar, neste trabalho, a sua tradução como empoderamento, ou seja, na forma como a maioria dos autores o tem traduzido e utilizado no contexto brasileiro.

O conceito de empoderamento tem sido referenciado em diversas disciplinas e áreas profissionais, sendo já utilizado e discutido a muito tempo, de forma indireta. No entanto, nem sempre é explícito o seu significado central. Dessa forma, buscou-se apresentar uma sistematização histórica do uso de práticas que desenvolvem os mesmos objetivos, na forma de uma rápida resenha.

Desde a Idade Média, identificam-se alguns movimentos e tradições que reforçaram e refletiram no conceito contemporâneo de empoderamento. Dentre elas, a Reforma Protestante, em que Lutero marca um movimento de sensibilização do poder soberano da igreja católica, frente ao monopólio do saber da palavra de Deus, traduzindo a bíblia, instrumento do poder, para a língua alemã, tornando-a mais acessível (KLUG, 1998). Nos primórdios da Era Moderna tivemos o

pensamento iluminista, proveniente de tradições políticas desde o século XVII na Europa e América do Norte; a tradição dos direitos humanos - Declaração Universal dos Direitos Humanos, que desde o século XVIII tem sido histórica e culturalmente associada à noção de direitos da cidadania, e apropriados ao longo da modernidade e do século XX pelos novos movimentos sociais¹ e organizações não governamentais e profissionais; as tradições românticas e populistas dos séculos XIX e XX, respectivamente, a partir de seu histórico de mudanças e rupturas, associam-se a movimentos sociais progressistas (VASCONCELOS, 2003).

Segundo o mesmo autor, houve também:

1. O movimento cooperativo, influenciado pelo romantismo e que surge como uma reação a formas capitalistas de produção, comercialização e outras práticas econômicas e sociais;
2. As teorias e movimentos anarquistas e mutualistas centrados na idéia de poder como dimensão essencial da vida humana e da rejeição de todas as formas de coersão estatal e social;
3. O movimento socialista marxista, com sua contribuição para a discussão de aspectos econômicos, políticos e sociais de uma nova sociedade baseada na igualdade, solidariedade e participação dos trabalhadores;
4. As associações civis e a cultura da temperança como movimento social de cunho ultraliberal, nos países anglosaxônicos, no século XIX, e que tem uma linha de continuidade na tradição dos Alcoólicos Anônimos surgida em 1935 nos Estados Unidos, sendo a Tradição dos Doze Passos apresentado em 1939 com a sistematização das primeiras iniciativas difundidas pelo mundo no formato de grupos de ajuda mútua e similares.

Nesse ponto, torna-se relevante apresentar que esse conceito não possui uma única apreciação, pois existe, de acordo com Stotz (2004),

1 Os novos movimentos sociais têm permanentemente colocado a questão do poder como questão teórica, da prática cotidiana e da estratégia política e social (VASCONCELOS, 2003, p.101).

Vasconcelos e Santos (2011), uma interpelação de caráter polissêmico permitindo a sua apropriação tanto para fins conservadores de direita, quanto para emancipatórios de esquerda.

Vasconcelos (2003) em uma discussão histórico conceitual aponta as formas e práticas de empoderamento sendo utilizadas na direção conservadora e também emancipatória. Em alguns exemplos podemos observar:

1. Apropriação conservadora, como por exemplo, a cultura de auto-ajuda (Alcoólicos e Anônimos - AA), os grupos religiosos (Igreja Católica, Igreja Universal do Reino de Deus, Deus é Amor, Metodistas, Assembleia de Deus) que trazem abordagens do empoderamento que se aproxima de noções racionalistas de indivíduo, com prejulgamento da plena habilidade para escolha e autodeterminação (Stotz, 2004), baseados em principais componentes de liberalismo radical, com foco na individualização, “recalque da dimensão coletiva dos problemas sociais e individuais, pragmatismo e utilitarismo, que visam predominantemente adaptar os indivíduos ao *status quo* e ao bom cumprimento das expectativas sociais práticas” (Vasconcelos; Santos, 2011, p. 27).
2. Em outra perspectiva temos a apropriação emancipatória, exemplificados pelos movimentos e organizações de trabalhadores, de minorias étnicas, movimento feminista, movimentos de lutas com foco no empoderamento de seus membros, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), inspiradas na Teologia da Libertação, a educação popular de Paulo Freire e atualmente os dispositivos de controle social potencializador das políticas sociais do Sistema Único de Saúde, etc. O entendimento de empoderamento nesses movimentos perpassa pela autonomização dos sujeitos excluídos, no intuito de ganho de poder, permitindo assim participação, conquistas e validação em espaços sociais dantes não ocupados, favorecendo aos usuários o desempenho de suas funções como cidadãos, que possibilite o melhoramento das suas condições de vida.

Dessa forma, nos posicionamos baseados nas estratégias de empoderamento à esquerda, apropriadas para fins emancipatórios. Nessa perspectiva Israel *et al.* (1994) afirmam que o conceito de empoderamento vem recebendo uma larga variedade de definições e

abrindo diferentes dimensões: individual, organizacional e comunitária. A partir deste levantamento de tradições que interpelam os seus valores básicos, em uma perspectiva histórica mais ampla, é possível dizer que o conceito de empoderamento esteve sempre relacionado a formas comuns de cuidado de si, ajuda e suporte mútuos, projetos comunitários, formas cooperativas, direitos humanos, formas de democracia participativa e direta, autogestão e movimentos sociais autônomos, como alternativas voltadas a realidades sociais opressivas, competitivas ou individualistas (VASCOLCELOS, 2003).

Vasconcelos (2008b) aponta que para obter o empoderamento, em uma perspectiva teórica política mais clara, necessita-se de uma ancoragem teórica e histórica, assim como sua contextualização, de acordo com o objeto, as relações interpessoais, institucionais e sociais nas quais se inserem.

Dessa forma, observa-se que a gênese do empoderamento advém de distintos campos do conhecimento. O empoderamento pode ser definido como uma ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades em ganhar controle sobre suas vidas, tanto na comunidade como na sociedade como um todo. Ratificando isso, Laverack; Labonte (2000) define o empoderamento como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças em direção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder.

Vasconcelos (2003, p.20) define empoderamento como “o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente, daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social”. Segundo Neves; Cabral (2008), estar empoderado caracteriza-se na liberdade como uma forma de tomar as suas próprias decisões, desde que esteja imbuído de informações para isso. O empoderamento tem assumido significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Judith Lee (2001) destaca três dimensões interligadas voltadas para esse estar empoderado: a) o desenvolvimento do sentimento do eu mais positivo e poderoso; b) a construção de uma capacidade de compreensão mais crítica da rede das relações sociais e políticas e do seu meio; c) o cultivo de recursos e estratégias ou de mais competências para alcançar objetivos pessoais e coletivos.

Desenvolver uma consciência crítica é um meio fundamental para ganhar o poder. Nesse processo, destaca-se a reflexão sobre sua realidade e contexto político-social, representando o primeiro passo na transição para uma consciência crítica (FREIRE, 1980). Assim, essa consciência crítica envolve a compreensão de como as relações de poder moldaram a sociedade, numa percepção de identificar como se pode ter um papel de mudança social. Essa percepção é particularmente importante em situações de desigualdade, em que os indivíduos internalizaram crenças negativas sobre sua própria identidade ou poder potencial. E esse contexto é algo que deve ser levado em conta, já que o empoderamento se altera segundo as diferentes situações, considerando que elas refletem as várias necessidades dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades (TEIXEIRA, 2002).

Lorraine Gutierrez (Bernstein *et. al.*, 1994) argumenta que o significado central do empoderamento está no “ganho de poder”, a partir da habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. Conota também a necessidade de entender o poder dentro de um relacionamento social, no qual os atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político, para criar mudanças.

É necessário atentar-se para a sutileza do conceito de empoderamento e o perigo que se corre ao utilizá-lo transitivamente, assim como coloca Labonte (1994). Este autor estuda o empoderamento como tema importante na Promoção da saúde, mas atenta-se para a questão da duplicidade de sentido associado ao empoderar no sentido transitivo da palavra, no qual o sujeito age sobre o objeto; e no sentido intransitivo, no qual o sujeito age sobre si mesmo.

Dessa forma, o verbo empoderar sendo usado transitivamente, significa dar poder a outro, compartilhando alguns poderes que os profissionais, assim como outras lideranças dos serviços ou grupos comunitários, devem ter sobre outros. Na afirmação “nós precisamos empoderar este ou aquele grupo” cria-se ou se reforça um mundo de práticas profissionais, atuando sobre grupos não profissionais que não são capazes de sua própria ação de poder (TEIXEIRA, 2002).

Numa distinção acerca do empoderamento como processo ou resultado, Wallerstein; Bernstein (1994) colocam que usado como verbo intransitivo, empoderar configura-se em um processo através do qual as pessoas ganham influência e controle sobre suas vidas e consequentemente se tornam empoderados. Isto é importante para distinguir entre a primeira definição de empoderamento que é: investir ou dar poder e autoridade a outros; e a segunda que é: tornar outros capazes, ou, ensinar a outros as habilidades para que eles possam obter

poder por seus próprios esforços. Em contrapartida, Labonte (BERSTEIN, *et. al.*, 1994) refere ser essa relação como algo simultâneo. É um processo no sentido de que ele descreve uma relação que está mudando continuamente e nunca concluída em uma relação; e é também um resultado que deve ser alcançado com uma distribuição mais equitativa entre aqueles com mais formas objetivas de poder e aqueles com menos.

Homan (1994) vai além, ao trazer que o empoderamento envolve a superação de um conjunto de crenças, e de estruturas opressivas, que sufocam a rotina que mantêm as pessoas e as suas preocupações isoladas, enfatizando assim, o poder como uma capacidade de mover as pessoas na direção desejada para realizar algum fim, envolvendo sentidos e propósitos para sua utilização.

Nesse sentido, Ron Labonte (Bernstein *et. al.*, 1994) apresenta o poder como a raiz da autonomia. O desenvolvimento da autonomia é um processo de negação da tutela e da subalternidade pela mediação da afirmação da própria palavra e da construção das decisões sobre seu próprio destino, implicando poder viver para si no controle das próprias forças, e de acordo com as próprias referências. Desencadeia, com isso, o desenvolvimento da autoestima, do apreço por si mesmo, que implica no questionamento dos papéis sociais que são atribuídos aos dominados e o questionamento da ideologia da desigualdade, da naturalização das diferenças sociais (FALEIROS, 2007).

O processo de empoderamento possui vários focos que podem servir de indicadores de análise, encontrando em vários autores formas diversas de sistematizá-lo. Herriger (2006) apresenta duas dimensões de empoderamento, uma psicológica/individual e outra político/social. Na dimensão psicológica/individual o autor descreve a precipitação de empoderamento individual baseado no desenvolvimento de autorreconhecimento, através do qual as pessoas adquirem ou fortalecem seu sentimento de poder, de competência, de autovalorização e autoestima. Na dimensão político/social, o processo estende-se para além do nível de auto mudança, implicando na transformação das estruturas sociais, visando à redistribuição de poder, produzindo mudanças das estruturas de oportunidades da sociedade.

Carvalho (2004) traz também dois enfoques para o empoderamento. O empoderamento psicológico definido como um sentimento de maior controle sobre a própria vida, que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. E o empoderamento comunitário que se configura em

processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Indica processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

Zimmerman (BERNSTEIN, *et. al.*, 1994); Wallerstein; Bernstein (1994) apresentam, além dos dois níveis mencionados pelos autores acima citados, o empoderamento organizacional, configurando assim em três níveis:

1. Empoderamento individual ou psicológico, referindo-se a variáveis intra físicas e comportamentais, combinando eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões;
2. Empoderamento comunitário, quando a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica estão em foco, em que indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades;
3. Empoderamento organizacional, quando se refere à mobilização de recursos e oportunidades de participação, em um contexto de controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder.

Baseado nessas dimensões e num amplo contexto e conceituação que permeia e situa o empoderamento, pode-se fazer uma conexão com as transformações e mudanças observadas no seio da sociedade brasileira, objetivado na Reforma Sanitária Brasileira, a partir de movimentos de lutas democráticas que visavam à reconstrução em novas bases da relação entre a população e a realidade social.

3.2 REFORMAS SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA E SUAS MUDANÇAS NA SAÚDE MENTAL – SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

3.2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e seu processo histórico

A Reforma Sanitária Brasileira foi uma reforma tardia, comparando-a com países centrais, que se inspirou nas ideias das

reformas universalistas da primeira geração, mas também foi influenciada pelas proposições dos modelos sanitários alternativos, associadas à segunda geração de reformas vigentes nos países socialistas especialmente, em Cuba e pelas propostas da Reforma Sanitária da Itália (VASCONCELOS, C.M. 2005). Essa reforma insere-se em um processo de construção democrática, associado à emergência das classes populares como sujeitos políticos, referindo-se ao deslocamento do poder, através de propostas contra-hegemônicas, organizando parcerias entre as forças sociais comprometidas com o processo de transformação. Fleury (1989) aponta a Reforma Sanitária como:

...um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de saúde sob a égide do Estado (p.39).

A Reforma Sanitária no Brasil, fruto do movimento sanitário, é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber; uma estratégia política e um processo de transformação institucional (FLEURY, 2009). Esse processo de mudança pauta-se no fortalecimento da sociedade civil e principalmente em alteração dos padrões de política pública, inspirado na questão da radicalização da democracia com mudanças que passavam pela democratização da sociedade, a construção de identidades, solidariedade e mecanismos que representem os interesses da sociedade, implicando, em última análise, a reorganização das práticas de saúde (PAIM, 2001; FLEURY, 2009).

A ideia de uma reorganização das práticas de saúde consolida-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tem como desdobramento a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS através da lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b). Segundo Fleury (2009), alguns princípios foram norteadores nesse processo, como: princípio ético normativo inserindo a saúde como parte dos direitos humanos; princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença; princípio político que tem a saúde como direito de todos inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e por fim, o princípio sanitário que entende

a proteção e cuidado a saúde de forma integral.

O movimento sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, bem como para a constituição de um novo pensamento sobre saúde (CAMPOS, 2007). A Constituição Federal Brasileira, de 05 de outubro de 1988, artigo 196, define a saúde como “direito de todos e dever do Estado garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa mesma Constituição cria o SUS, com suas ações e serviços públicos de saúde integrando uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. O SUS é resultado de uma luta social pautado na radicalidade democrática que teve como objetivo e horizonte a política social e universalista, que tem como base jurídica, constitucional e infraconstitucional a Constituição Federal e as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, que o regulamenta (BRASIL, 2007a).

O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. O Ministério da Saúde aborda a cidadania baseada na participação social e regulamenta, através da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, os conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990a).

Ainda nesse sentido, o Relatório da Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental reforça o princípio de controle social do SUS apontando que este merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva (BRASIL, 2005). Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde, como espaços institucionalizados, possuem potencial político para ordenar os serviços e ações e para direcionar os recursos.

Segundo Campos (1997), vários segmentos do movimento sanitário sempre apontaram o protagonismo dos usuários, não só como um direito à cidadania, mas também enquanto um mecanismo útil à reforma do sistema de saúde.

Os conselhos trazem como atribuições legais: diretrizes, estratégias e as prioridades das intervenções, constituindo assim, um espaço político institucional conflitivo e primordial de luta pelos

interesses populares e democráticos, pela garantia dos princípios constitucionais do novo modelo assistencial de saúde e saúde mental (VASCONCELOS, 2003). O Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde reforça a importância dos conselhos, quando firma a necessidade de

...estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos (BRASIL, 2004b, p.104).

Assim, este processo de reorganização da assistência à saúde e valorização do controle social, que tem no SUS como uma de suas expressões, constitui-se no que chamamos de Reforma Sanitária, sendo que a ela articulou-se outro processo, o de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3.2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: suas conquistas para a saúde mental

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil faz-se contemporâneo à eclosão do “movimento sanitário”, ambos nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem uma história singular, inscrita num contexto de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátrico. O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e mais amplo do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A história da psiquiatria brasileira é marcada por um processo de

asilamento e de medicalização social. Birman; Costa (1994) expõem a condição desumana configurada nessa história asilar, em que:

...não mais era possível assistir passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação, em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudesse estar espantosamente estragado nos hospícios (p. 46).

Amarante (1995) e Vasconcelos (2008b) situam a emergência do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, com a mobilização da sociedade civil, constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental² (MTSM), a crítica do sistema hospitalar e asilar, a entrada de suas lideranças no aparelho do Estado ainda durante a ditadura militar e suas primeiras experiências de humanização. Esse primeiro período, identificado por esses autores, entre os anos de 1978 e 1982, foi marcado por uma série de denúncias contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura chamada “indústria da loucura”, e as precárias condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas. Essas reivindicações são incorporadas ao movimento sanitário percebendo a semelhança dos focos de luta de ambos os movimentos.

As políticas de saúde mental desse período juntam-se ao projeto de Reforma Sanitária e são constituídos dentro do plano denominado Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, que era responsável pela elaboração de um plano de reorientação da assistência psiquiátrica e das Ações Integradas em Saúde - AIS, sendo esse uma conquista do movimento sanitário (AMARANTE, 1994, ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Nessa trajetória de mudanças, o MTSM instala-se no aparelho do Estado, ocupando assim alguns cargos de direção e coordenação das políticas de saúde mental, tendo como reflexo a realização de encontros de coordenadores e conferências de saúde mental, fortalecendo um

2 O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, no mesmo momento e contexto do processo mais amplo de emergência dos demais movimentos sociais populares no país, ainda sob o regime militar. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano (BRASIL, 2005).

movimento que no final da década de 1980 assume a bandeira de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

Esse autor afirma ainda uma ruptura diferenciada entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciando uma nova trajetória de desinstitucionalização, com articulação nos campos técnicos assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. Nesse período, vivenciam-se importantes acontecimentos, destacando-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental; o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (Congresso de Bauru, que criou o Movimento de Luta Antimanicomial); a criação do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo; o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, em Santos/SP; a Associação - Loucos pela Vida – Juqueri; a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 (Projeto Paulo Delgado) e por fim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.

Nessa trajetória, o país passa a construir uma nova história, com a renovação do projeto de política de saúde mental, ampliação dos seus horizontes e início de um processo de longas e profundas mudanças. Para isso, Amarante (1995, p.94) aponta que a estratégia transformadora do sistema de saúde mental surge a partir de uma inovação do cuidado, ou seja, a necessidade de “desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições, ou seja, uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico”: é preciso inventar diferentes maneiras de lidar com estas questões, com a possibilidade de ir além dos modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades. Acrescenta também que, enfatizando a dimensão cultural, o processo da Reforma Psiquiátrica teria como foco e objetivo uma transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência que vai além do modelo assistencial (AMARANTE, 2009).

Dessa forma, o Relatório 15 anos depois de Caracas apresenta que

...o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de

tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos e conferências municipais, estaduais e nacional de saúde) (BRASIL, 2005, p.39).

Reforçando esse caráter de mudanças e sua necessidade de legitimação das conquistas e consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, faz-se necessário explanar, resumidamente, os seus avanços na política de saúde e saúde mental.

3.2.3 A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios

No ano de 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esse processo configura-se como o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, observa-se a implementação do processo de desinstitucionalização (VASCONCELOS, 2008b), em que os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos, acompanhado das diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica. Na década de 90, o governo brasileiro firma o compromisso com esta perspectiva em saúde mental, através da assinatura da Declaração de Caracas e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passando a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando e financiando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais/dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Nesse processo, a Reforma Psiquiátrica no plano legal federal foi gradualmente se consolidando como política do Estado brasileiro. Um marco decisivo nesta direção se deu no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional do Projeto de Lei Paulo Delgado (VASCONCELOS, 2008b). A aprovação, no entanto, é de um

substitutivo ao Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Essa lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Ainda assim, a promulgação da mesma impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001).

É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no mesmo ano, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando assim maior sustentação e visibilidade. Essa conferência configurou um dispositivo fundamental de participação e controle social (VASCONCELOS, 2008b).

Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. A III Conferência Nacional de Saúde Mental complementou e reafirmou esse processo, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, fornecendo os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil

...as políticas públicas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. (...) A efetivação da reforma psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (Brasil, 2001, p.23).

Nesta mesma direção, Weingarten (2005), liderança dos usuários dos Estados Unidos e participante do processo brasileiro, afirma que as

perspectivas de empoderamento e recuperação³ em saúde mental, desde meados do século vinte, têm mudado a partir dessas novas abordagens de reabilitação psicossocial e de novos serviços em ambientes abertos, nos quais os usuários são estimulados a reinventar uma vida ativa e participativa na comunidade em que vivem. Assim, nessa nova conformação de uma rede substitutiva surgem serviços de atenção psicossocial, e dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial que funcionam como articuladores estratégicos da rede de cuidado e da política de saúde mental em um determinado território.

3.2.4 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal serviço substitutivo no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002. Os CAPS caracterizam-se como serviços de saúde mental municipalizados, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2005a)

O primeiro CAPS no Brasil surge em março de 1987, na Cidade de São Paulo, sendo nomeado de CAPS Luís da Rocha Cerqueira, representando um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos doentes mentais (ONOCKO; FURTADO, 2006). Em 1989, ocorre também um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção, com repercussão nacional, demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários abertos e regionalizados, nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais dos serviços, de forma articulada em

3 “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções...” (PITTA, 1996, p.19).

torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e as questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Dessa forma, o CAPS apresenta-se como um núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Esse se diferencia pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, organizando-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infantil e CAPS álcool e drogas (BRASIL, 2005).

Dentre os tipos de CAPS, os CAPS III são os serviços de maior porte da rede de serviços de saúde mental. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, estando presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, oferecendo também leitos de retaguarda para atendimento à crise, com internações curtas (AMARANTE, 2007).

Para que se garanta resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtorno mental é necessário à articulação em rede de vários equipamentos de um território e não apenas um único serviço. Vasconcelos (2008b) defende que esses serviços devem ser capazes de pleno acolhimento às pessoas em sofrimento mental, buscando a prestação de seus laços sociais, sua autonomização e sua reinserção e valorização na sociedade.

Os movimentos reformistas no campo da saúde mental, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, vêm buscando interferir e transformar essa lógica de acolhimento especialmente no que diz respeito ao empoderamento das pessoas em sofrimento mental e o incremento de seu poder de contratualidade na sociedade. Dimenstein; Liberato (2009) reafirmam que as estratégias de reabilitação psicossocial passam pelo exercício da autonomia e cidadania visando à inserção de pessoas secularmente estigmatizadas. Construir um novo lugar social para a loucura não deve restringir-se aos limites sanitários, mas estar atrelado à invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e de participação. É nesse sentido que a concepção de empoderamento e suas estratégias em saúde mental tornam-se chaves para a criação de autonomia e sociabilidade (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

3.3 DISPOSITIVOS E ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO

3.3.1 Dispositivo: uma breve conceituação

Podemos partir da definição de dispositivo apresentada por Michel Foucault (1992), que conceitua o dispositivo⁴ como uma rede que pode ser estabelecida entre diferentes elementos, tais como: o poder em relação a qualquer formação social; a relação entre fenômeno social e o sujeito; e a relação entre discurso e a prática, as ideias e as ações, atitudes e comportamentos. O conceito de dispositivo na perspectiva de Foucault se aplica às formações sociais, como é o caso do discurso social, amplamente estudado por ele, onde estão implicadas diversas dimensões que devem ser consideradas para a sua compreensão, pois são constitutivas do discurso.

Deleuze (1999) considera o dispositivo como um conceito operatório multilinear, alicerçado em três grandes eixos que, na verdade, referem-se às três dimensões que Foucault distingue sucessivamente. O primeiro eixo diz respeito à produção de saber ou, ainda, à constituição de uma rede de discursos; o segundo, refere-se ao eixo do poder (eixo, este, que indicaria as formas pelas quais, dentro do dispositivo, é possível determinar as relações e disposições estratégicas entre seus elementos); o terceiro eixo diz respeito à produção de sujeitos. Ratificando esses conceitos, ONOCKO-CAMPOS, *et. al.*, (2008, p.382) dizem que

dispositivo é um agenciamento concreto que utiliza relações de saber-poder, permitindo que essas relações sofram um processo de diferenciação, alterando posições subjetivas. Logo, todo dispositivo, além das relações de poder, é também, atravessado por produção de subjetividade: produção de novos valores e de novas posições existenciais.

Baremlitt (1992) traz outra abordagem do dispositivo, apresentando-o como um artifício produtor de inovações que possibilita acontecimentos, atualização de virtualidades e a invenção do novo radical. Campos (1999) aponta os dispositivos existentes nos serviços de saúde mental como combinações de vários recursos que modificam o

funcionamento da instituição, mas que não pertencem ao corpo das instituições. Funcionariam, de acordo com esse autor, como artifícios cujo foco resumiria em introduzir algum processo novo para intervir na realidade cotidiana dos serviços, sem tornar parte destes, ou seja, não institucionalizá-los. Porém, o interesse nesses dispositivos é justamente instituí-los e disseminá-los.

No contexto brasileiro, a fundação do Movimento da Luta Antimanicomial teve importância política fundamental como impulsionador dos dispositivos organizativos de trabalhadores, usuários e familiares a partir da década de 1990. Desde então, tem havido um certo reconhecimento e estímulo difuso, embora desigual e descontínuo, para a organização desses dispositivos, particularmente no âmbito dos CAPS (VASCONCELOS, 2008b).

3.3.2 Estratégias de empoderamento em saúde mental no cenário internacional e suas influências no contexto brasileiro

Iniciaremos essa discussão relatando alguns dispositivos trazidos na literatura que correspondem aos conceitos de empoderamento anteriormente abordados.

Uma experiência importante surgida na Holanda no final dos anos 80 foram os grupos de ouvidores de vozes, que tinham como objetivo oferecer às pessoas com esse tipo particular de vivência a oportunidade de compartilhá-las em um coletivo, baseado em troca de experiências e na produção de narrativas pessoais sobre o assunto, configurando uma alternativa ao saber psiquiátrico acerca da alucinação auditiva verbal (ROMME; ESCHER, 1997).

Importante ressaltar que na pesquisa realizada e publicada por Marius Romme e Sandra Escher em 1980, os próprios usuários e os autores do trabalho postularam uma perspectiva bastante diferente daquela desenvolvida pela psiquiatria convencional, apresentando que ouvir vozes em si não é problema. Os problemas/sofrimentos psíquicos que as pessoas experimentam na verdade está relacionado com a capacidade de uma pessoa viver e lidar com as vozes. Assim, os grupos ouvidores de vozes – *Hearing Voices Network* (HVN) não têm por objetivo eliminar as vozes que as pessoas ouvem, mas para ajudar as pessoas a conviver com elas, caracterizando-se como uma rede de grupos de ajuda mútua. Além disso, esse grupo utiliza como estratégia uma linha telefônica disponível para toda a população com intuito de informar e ajudar as pessoas que necessitam (DAYA, 2009).

Nessa direção podemos sistematizar rapidamente aqui alguns dos principais elementos do debate acerca das estratégias de empoderamento baseado no grupo de ajuda mútua. Assim, Room (1998) faz referência aos grupos de ajuda mútua de usuários de álcool que se iniciaram desde o século XIX, na Europa, e antes da Segunda Guerra Mundial, que constituem o modelo dos Alcoólicos Anônimos (AA) nos EUA, difundindo-se por todo o mundo. No Brasil, esses grupos iniciaram na década de 1930 e logo foram disseminados geograficamente. As principais contribuições dos grupos de AA seriam sua estrutura descentralizada e a forma de organização não hierarquizada, cujos encontros baseiam-se no processo de valorização da história de cada um para o enfrentamento dos problemas cotidianos (Vasconcelos, 2003).

Segundo este último autor, a compreensão atual das práticas de empoderamento, desenvolvidas na tradição dos Alcoólicos Anônimos, perpassa pelo trabalho realizado a partir da cultura dos doze passos que

...oferece aos participantes uma clara cosmologia, um *ethos* capaz de permitir às pessoas construir suas identidades pessoais e coletivas, em um contexto cultural pós-moderno marcado pela instabilidade subjetiva, fragmentação do *self* e de identidades descentradas. (...) a cultura dos doze passos propicia a seus membros uma comunidade de atenção e amizade, capaz de acolhê-los, dividir uma linguagem comum, ouvir suas experiências e lutas, e cuidar de seu bem-estar, substituindo, as atuais famílias fragmentadas e sem capacidade de produzir, cuidado social efetivo (p.90).

Configuram-se assim, como grupos que se ajudam mutuamente, partindo de uma problemática semelhante. Room (1998) afirma que esses grupos de ajuda mútua não se enquadram na categoria sociológica de “movimentos sociais”, apesar de terem se mantido fieis aos seus originais princípios de organização como um movimento social, ao seu sistema de crença, e um bem desenvolvido sistema de interações em reuniões regulares e outros laços sociais.

De acordo com Figueiró (2009), um grupo de ajuda mútua consiste na reunião de pessoas que passam pela mesma

problemática para que juntas possam desenvolver estratégias de enfrentamento das adversidades ocasionadas pela doença/transtorno.

Vasconcelos (2008a) refere à ajuda mútua como apoio emocional e acolhimento ao colega/indivíduo em sofrimento. Esse tipo de atenção, a partir de sua apropriação pelo movimento de usuários e familiares de saúde mental, evoluiu de forma mais abrangente incluindo o suporte social, lazer, cultura, política e até mesmo os projetos de trabalho e moradia das pessoas, sempre facilitadas e discutidas por aquela coletividade, configurando assim práticas com objetivos diversos e em vários níveis de organização e ativismo social.

A proliferação de grupos de ajuda e suporte mútuos na área de saúde mental teve o seu início na década de 1970, na Europa do Norte e em particular nos EUA, fazendo parte de um movimento social mais amplo que se dava principalmente entre pessoas afetadas por uma variedade de doenças crônicas ou em situações de vida estressantes, geralmente insatisfeitas com os modos de cuidados tradicionais. O uso de grupos de ajuda e suporte mútuo com familiares de pessoas em sofrimento mental grave também se iniciou nos países ocidentais a partir da década de 1970; no entanto, sua popularidade cresceu juntamente com as crescentes preocupações sobre as necessidades de saúde dos usuários e dos cuidadores familiares (CHIEN; THOMPSON; NORMAN, 2008).

A principal constatação por parte de quem participa desses grupos é a de que é possível ser mais bem compreendido e ajudado por quem já passou por experiências semelhantes. Barros (1997) revela que as atividades grupais reduzem o isolamento social e muitas vezes melhoram a autoestima dos participantes. Ao concentrar-se não só sobre os desafios de cuidar de seu próprio problema, mas também sobre os apresentados dentro de um grupo de ajuda mútua, cada membro pode, potencialmente, reexaminar sua própria vida a partir de uma perspectiva diferente e nova e com isso, aprender com os outros, através do intercâmbio de idéias e experiências durante as reuniões do grupo, o que coloca o sujeito participante em uma posição bem mais próxima de um protagonismo, quanto ao seu processo de saúde/doença, redirecionando-o para um maior poder pessoal quanto à sua vida.

3.3.3 Experiência brasileira de empoderamento no campo da saúde mental

A experiência dos grupos de ajuda e suporte mútuos tem mostrado que pessoas com experiência em lidar cotidianamente com o sofrimento mental têm um saber valioso acerca de seus problemas, e que, juntos, podem trocar experiências e promover significativos avanços na vida cotidiana deles próprios, propiciando maior qualidade de vida (Vasconcelos, 2003). Nesse foco, a associação é tida como um espaço para discussões dos problemas, trazendo-os para o cotidiano dos usuários, permitindo que estes se posicionem e pensem sobre essas questões que dizem respeito às suas vidas, sendo assim de fundamental importância (BRASIL, 2002a).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental refere que as associações de usuários e familiares aparecem, em sua maioria, a partir da década de 80, com a participação destes em eventos relacionados à saúde mental (BRASIL, 1994). Posteriormente, na III Conferência Nacional de Saúde Mental surge a proposta de se realizar a divulgação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como as leis que regulamentam a assistência em saúde mental e a criação de associações (BRASIL, 2002a).

Who (1998) considera os dispositivos associativos não só como forma de luta e participação, mas como sendo capazes de promover o empoderamento dos sujeitos envolvidos, no sentido de que estes tenham maior participação e controle sobre as decisões relacionadas às suas vidas.

Vasconcelos (2008b) relata a existência de determinadas associações que nascem dentro dos serviços, mas mantêm um forte caráter autonomista. Ainda que em menor número, tais dispositivos tendem a atuar de maneira mais incisiva no que diz respeito ao controle social e movimentos reivindicativos em saúde mental. Nessa perspectiva, as associações iniciam uma presença mais significativa tanto nas arenas de decisão das políticas de saúde mental, como, inclusive, na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 2001).

Existem ainda, além das associações articuladas a algum tipo de serviço de atenção em saúde mental, em particular os CAPS, aqueles que não possuem vínculo com serviços públicos ou privados, originados, geralmente, a partir de iniciativa de usuários ou familiares que possuem maiores recursos econômicos e culturais. No Relatório de 15 Anos de Caracas consta que

...à participação dos usuários e seus familiares não se dá, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos”. (Brasil, 2005, p.40)

Dentre os vários exemplos de associações no país, Vasconcelos (2008b) e Souza (2001) apontam

1. SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho), fundada em 1978, no Rio de Janeiro, com objetivo de atuar no auxílio aos portadores de transtornos mentais e na orientação de seus familiares e de técnicos dos serviços de saúde mental;
2. APACOJUM (Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira), fundada em 1992, em Jacarepaguá, com o objetivo de contribuir para o processo de construção de uma nova cultura que assegure o direito de cada usuário - ser e existir a seu modo sem ser excluído;
3. AFLORE (Associação Florescendo a vida dos Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas), fundada em 2005, em Campinas/São Paulo, com objetivo de buscar através da realização de ações e atividades educativas, culturais, de reinserção social e capacitações, dar suporte aos usuários da saúde mental, familiares e demais pessoas ou entidades que desenvolvam atividades semelhantes às preconizadas pela associação ou que necessitem de apoio.

Essas associações configuram-se em prol da Reforma Psiquiátrica, com adesão ao projeto de lei do Paulo Delgado. A outra associação, AFDM (Associação de Familiares de Doentes de Saúde Mental) caracteriza-se como uma comunidade de veto ligada à Federação Brasileira de Hospitais, com propostas contrárias a política da reforma.

Segundo Vasconcelos (2008b), no Brasil, as associações, em sua maioria, têm caráter misto, englobando usuários, familiares, profissionais e simpatizantes do movimento, geralmente sem apresentar uma postura de autonomia quanto aos serviços, profissionais e demais interesses de outros atores. Isto constitui, muitas vezes, uma característica problemática, que dificulta a proposta do empoderamento e autonomia por parte dos usuários e dos familiares.

Na maioria das vezes, as associações são dirigidas e direcionadas por profissionais, devido às melhores condições socioeconômicas e culturais destes. Outro aspecto a se considerar diz respeito à sustentação financeira da organização, que muitas vezes encontra dificuldades em se manter. Com isso, as associações apresentam baixa autonomia organizativa, política e financeira, em virtude, também, da baixa capacidade contributiva dos associados (SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2008b).

Além das associações, outra estratégia de empoderamento existente nos serviços de saúde mental são as atividades de grupo. Esses grupos, além das diversas potencialidades, mostram-se importantes instrumentos por possibilitar a criação/potencialização da ideia de rede, fundamental para as práticas em saúde, em particular para atenção psicossocial em saúde mental. Labonte (BERNSTEIN *et. al.*, 1994) menciona algumas estratégias de empoderamento a partir do suporte oferecido nos serviços de cuidado pessoais, no desenvolvimento do grupo (incluindo o apoio dos pares, ajuda mútua, apoio terapêutico, etc), na organização da comunidade, que leva grupos para desafiar formas políticas e econômicas de poder, que tem o foco na opressão ou dominação.

Além dessas estratégias mencionadas, o autor traz ainda ações no desenvolvimento e na construção de coalizão que forjam relações intergrupais em torno de questões políticas mais específicas, aumentando assim a capacidade dos grupos e membros para alcançar os seus objetivos políticos ou econômicos, e de ação política, em que as instituições, profissionais e grupos da comunidade possam participar ou responder aos desafios dos movimentos.

Figueiró (2009) aborda em seus estudos a importância da constituição dos grupos a partir da formação de redes sociais, funcionando como redes de apoio instrumental e emocional das pessoas. Meneghel, *et. al.* (2005), a partir de um estudo com mulheres negras, baseado em oficinas de narrativas, apresentaram, como resultado, que o dispositivo de grupo é uma estrutura capaz de fomentar o empoderamento, pois as forças interacionais internas dos grupos implicam sustentação e apoio emocional, fortalecimento das interações emocionais, comunicação aberta, compromisso e responsabilidade, participação efetiva e construção de uma individualidade crítica, estimulando assim a participação social e política.

Outros instrumentos relevantes e legitimados de participação e fortalecimento do poder e responsabilização do usuário são representados pelas assembleias, pelos conselhos e conferências de saúde, que possibilitam ao usuário uma participação enquanto protagonista nos processos que envolvem a política e serviço de saúde, através de sua inclusão na cogestão dos serviços que prestam assistência ao mesmo.

Ratificando isso, Camargo (2004), apresenta a definição de assembleia como um dispositivo para

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

Brito (2006, p.4) reafirma essa definição e acrescenta que é justamente nesse espaço que são “problematizadas e levantadas sugestões sobre as atividades, os espaços e a organização do serviço, que tem proporcionado à melhoria na assistência em saúde mental”. Dessa forma, torna-se relevante a existência, nos CAPS, desse dispositivo e dos demais já mencionados, configurando assim, esses serviços, em um local de troca de experiência e convivência, reunindo frequentemente, todos os profissionais, usuários e familiares, propiciando a discussão, avaliação e, sobretudo, sugestões de constante melhoria, partindo de quem vivência o serviço.

Nesse processo de reconhecimento dos dispositivos, adentramos no campo das práticas de empoderamento que serão utilizadas como parâmetros na observação e identificação das características dos dispositivos coletivos e individuais, assim como as intervenções profissionais de empoderamento de usuários e familiares existentes no CAPS. Foram utilizados como destaque dois autores que se aprofundaram nas discussões acerca desse tema.

Um dos autores, Vasconcelos (2003; 2008b), propõe alguns conceitos chaves do empoderamento individual e coletivo que se adequam às condições dessas estratégias no campo da saúde mental, que são: 1) recuperação; 2) cuidado de si; 3) ajuda mútua; 4) suporte mútuo; 5) defesas de direitos; 6) transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade; 7) participação no sistema de saúde/saúde mental e militância; e 8) narrativas pessoais de vida com o transtorno mental (Quadro 1).

Quadro 1: Conceitos chaves de empoderamento coletivo segundo Vasconcelos

CONCEITOS	ABORDAGENS
Recuperação	Processo pessoal e coletivo de mudanças permite às pessoas levarem uma vida com satisfação, desejo e participação social, mesmo com as limitações causadas pelo transtorno;
Cuidado de si	Estratégia de reelaboração de experiências catastróficas de vida que mobiliza a iniciativa e a vontade de cada pessoa, no seu processo de recuperação, de elaboração de suas vivências pessoais difíceis e de aumento do poder contratual em suas relações interpessoais e sociais, recuperando a autoestima e sua inserção ativa na sociedade;
Ajuda mútua	Grupos de troca de vivências, experiências, de ajuda emocional e

	discussão das diferentes estratégias para lidar com os problemas comuns;
Suporte mútuo	Atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, compreendendo desde passeios e atividades de lazer e cultura, até projetos mais complexos de trabalho e moradia;
Defesa de direitos	Podem ser informal ou formal. No primeiro caso (autodefesa), capacita-se o usuário para defender seu direito por si próprio. Ou ainda, através de companheiros, usuários intervêm em situações concretas, como ajudar o outro a conseguir um benefício ou para resolver problemas na comunidade. No segundo caso, há a defesa de direitos formais, com a criação de serviços, algumas vezes liderados por usuários, nos quais profissionais de saúde mental e advogados são convocados e colocados a disposição dos usuários e familiares para defender seus direitos civis, políticos e sociais;
Transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade	Iniciativas de caráter social, cultural e artístico para mudar as atitudes discriminatórias em relação ao louco nas relações cotidianas, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla;
Participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla	Integrado as estratégias ditas acima, configura-se na participação em instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais bem como desenvolvimento de projetos de pesquisa, planejamento e avaliação de serviços, incluindo a capacitação de profissionais; e finalmente, a

	participação e militância social e política mais ampla nas várias instâncias da sociedade e do aparelho de Estado.
Narrativas pessoais de vida com o transtorno mental	Incentivos aos usuários com transtorno mental a escreverem ou gravarem depoimentos em primeira pessoa contando a sua história de crise, das opressões durante o processo de tratamento e das estratégias de recuperação, a partir da expressão pessoal da vivência e experiência do transtorno.

Fonte: (VASCONCELOS, 2003, 2008a)

O outro autor utilizado como base para esse trabalho foi o Vicente Faleiros (2007), reconhecido autor brasileiro do campo do serviço social, que apresenta um enfoque mais voltado ao empoderamento dos usuários e familiares baseado nas estratégias da intervenção do profissional, destacando: estratégias de rearticulação das referências sociais, rearticulação de patrimônios ou capitais, de contextualização e de articulação institucional (Quadro 2).

Quadro 2: Estratégias de empoderamento na intervenção do profissional segundo Vicente Faleiros

ESTRATÉGIAS	ABORDAGENS
Estratégias de rearticulação das referências sociais	Compreensão do problema à luz da trajetória dos sujeitos, a discussão e implementação de seus direitos de cidadania, a prática da participação nas decisões que lhe digam respeito, a mais ampla informação sobre as condições e alternativas de mudança do cotidiano, a busca do reconhecimento das redes em que convive e das relações de opressão, discriminação e intolerância que sofre.
Estratégias de	Dispositivos de acesso aos recursos, equipamentos, benefícios, fortalecendo-

rearticulação de patrimônios ou capitais	se a condição de reprodução dos sujeitos e o atendimento às necessidades, o que exige o conhecimento dos recursos e dispositivos das políticas sociais e de sua operacionalização.
Estratégias de contextualização	Retirar os problemas de circunscrição limitada, para considerar as relações de força, ou melhor, de dominação em suas tendências mais gerais, sem perder de vista os planos de intervenção mais específicos e particulares. A particularidade não exclui o contexto, pelo contrário, implica-o em seu movimento.
Estratégias de articulação institucional	Reforçar as alianças com os usuários, estabelecendo os níveis e ritmos das intervenções, os recursos e as oportunidades de usá-los, o envolvimento de diferentes setores institucionais, da sociedade e da família.

Fonte: (FALEIROS, 2007, p.78).

Esse mesmo autor relata não haver uma dicotomia entre a intervenção individual e coletiva, trazendo como objetivo das práticas o alívio das tensões para os usuários e familiares, que são submetidos à opressão e discriminação. Dessa forma, a ação profissional baseia-se na postura de aliança com os usuários e os familiares. Nesse enfoque estrutural, Maurice Moreau (*apud* FALEIROS, 2007) apresenta as dimensões do empoderamento, que são: defesa do usuário, coletivização, materialização dos problemas sociais e o fortalecimento dos usuários (Quadro 3).

Quadro 3: Dimensões do empoderamento segundo Maurice Moreau

DIMENSÕES	ABORDAGENS
Defesa do usuário	Ajuda que se dá ao usuário na interação com as organizações burocráticas, como defesa de seus direitos, apoio nos desafios das regras estabelecidas, questionamento do saber

	profissional, recusa de encaminhamento da determinada instituição considerada inadequadas, encorajamento à autodefesa.
Coletivização	Práticas de coletivização focando a ajuda ao usuário a sair da compreensão individualista de seu problema, por exemplo, colocando o usuário em contato com outros usuários, apoiando o questionamento das soluções individuais, fazendo-se contatos com os membros da rede do cliente, encorajando-o a fazer alianças.
Materialização dos problemas sociais	Redefinir situações problema no contexto social, em sua realidade externa, por exemplo, buscando informações e reflexões sobre suas condições de vida e trabalho como determinantes da situação, dando atenção aos recursos materiais, vinculando sentimentos e pensamentos às questões ideológicas, e dando apoio emocional ao usuário.
Fortalecimento dos usuários	Tornar explícita a relação de poder na intervenção profissional, por exemplo, fazendo um contrato claro com os usuários, compartilhando com eles as informações e as técnicas, clarificando os papéis de cada um.

Fonte: (MOREAU *apud* FALEIROS, 2007).

A partir desta revisão da bibliografia relevante, faz-se necessário agora contextualizar os elementos essenciais para a produção dessa pesquisa.

4. METODOLOGIA

4.1 ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA PROCESSO DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS

Na produção do conhecimento, a prática da pesquisa é uma das mais importantes, pois é ela que alimenta o ensino e nos coloca frente à realidade atual, nos trazendo diversos tipos de abordagens da realidade que devem ser pesquisadas, implicando em consequências práticas e teóricas, vinculando pensamento e ação, ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004, p. 80).

As nossas vivências e inquietações nos levam à realização de uma pesquisa, à investigação, à busca de respostas, revelações, descobertas. Mesmo ancorados num referencial teórico, sabemos que cada situação é própria daquele espaço, num determinado tempo.

Logo, esse compromisso nos levou a pautar o nosso trabalho em uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa, embora também incluindo dados do tipo quase estatística⁵, visando observar, registrar, analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir intencionalmente no ambiente analisado. Assim, propomos descrever os dispositivos de empoderamento, consistindo além da descrição, em análise de características, propriedades, e ainda das relações entre estas propriedades e determinado fenômeno (TRIVIÑOS, 2006).

Dessa forma, “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2008, p.195), fazendo uso da observação de situações reais e cotidianas, com intuito de analisar o significado atribuído aos fatos, relações e práticas (DESLANDES, 2008).

5 Observações participantes têm sido ocasionalmente coletadas numa *forma quantitativa e padronizada, ainda que simples*, capaz de ser transformada em dados estatísticos legítimos. Porém, as exigências do campo geralmente impedem a coleta de dados num formato que se adeque às premissas dos testes estatísticos convencionais, de tal modo que o observador pode lançar mão de séries de dados quantitativos mais simples, no que tem sido chamado de “quase estatística” (Becker, 1999: 55).

Nesse contexto, a organização e análise dos dados fazem parte de um processo complexo. Exige do pesquisador uma visão do objeto pesquisado, para que as peculiaridades do mesmo não sejam perdidas (TÁPIA, 2000).

Corroborando com essa complexidade do processo, a escolha de uma sistematização temática descritiva a partir de categorias básicas, similares aos métodos formais de Análise de Conteúdo, justifica-se por possuir características que permite dar conta da especificidade do objeto estudado, na medida em que a partir da observação de campo e do discurso apreendido nas falas dos entrevistados possibilitou, captar o sentidos simbólicos de uma mensagem e entender os seus múltiplos significados. O recurso à Análise de Conteúdo é recorrente na pesquisa qualitativa, mostrando-se eficaz no cumprimento dos objetivos da pesquisa e se constitui num ciclo constante entre teoria e técnica, hipóteses, interpretações e métodos de análise (BARDIN, 2010).

Segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análises de comunicações que busca, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção destas mensagens. Dessa forma, ela se constitui como numa ferramenta eficaz para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências.

Para Ruiz Olabuenaga; Ispizúa (1989), a análise de conteúdo é uma técnica que permite ler e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos que, após analisados adequadamente, possibilitam o acesso ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessível.

Assim, a Análise de Conteúdo emerge de uma situação contextual e busca o conhecimento daquilo que está por trás das palavras. Frente à sistemática organização do material descrito, para a categorização das unidades de codificação do conteúdo, que necessitam ser exaustivas quanto ao significado, devendo considerar homogeneidades e discrepâncias (MORAES, 1999).

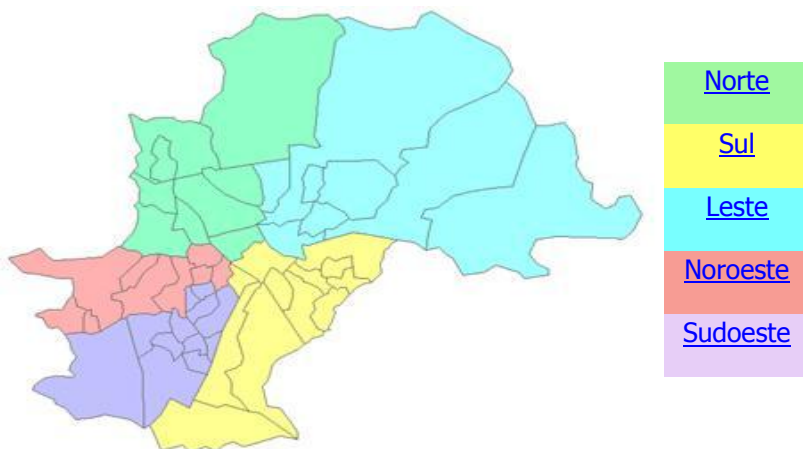
4.2 LOCAL DO ESTUDO

4.2.1 Caracterizando o local da Pesquisa: a rede de saúde do município de Campinas/SP

A pesquisa foi realizada na cidade de Campinas devido alguns motivos relevantes: a dificuldades de identificação de uma rede estruturada serviços substitutivos em saúde mental na Bahia – Estado onde resido e em Florianópolis – local onde estou vinculada ao mestrado; pela facilidade de acesso e de intercâmbio com Campinas por já ter desenvolvido atividades acadêmicas na rede de saúde mental dessa cidade, além de Campinas ter uma experiência considerada avançada na rede de CAPS III, e fortemente marcada por uma posição autonomista de suas lideranças mais importantes Gastão Wagner e Rosana Onocko Campos, formadores e parceiros na qualificação da rede de saúde e saúde mental dessa cidade.

Campinas configura-se como um município de grande porte do Estado de São Paulo, com um processo de implantação do SUS desdobrando-se em uma extensa e complexa rede de serviços de saúde. A complexidade do Sistema de Saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes. Atualmente, o município é gestor pleno do sistema de saúde, em que todas as decisões se dão em nível de município, estando divididos em cinco Distritos Sanitários: norte, sul, leste, noroeste e sudoeste tendo pelo menos um CAPS tipo III para cada Distrito Sanitário – Figura1 (CAMPINAS, 2009).

Figura 1: Distritos de Saúde de Campinas



A cidade possui uma história de pioneirismo na saúde desde a década de 70, com o processo de constituição da Atenção Básica e da Reforma Psiquiátrica, na implantação não apenas do Apoio Matricial da Saúde Mental na Atenção Básica, mas também de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico – CAPS. Nesse mesmo período, observa-se o surgimento da assistência à saúde mental na atenção básica, com equipes formadas contendo psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e psiquiatra (ONOCKO-CAMPOS, *et. al.*, 2008a). Essa rede é repensada e reorganizada a partir do Programa Paidéia Saúde da Família (CAMPINAS, 2001).

Campos (2003) afirma que o nome Paidéia indica o cuidado do ser humano de forma integral, sendo uma noção originária da Grécia clássica, que faz referência à abordagem ampliada das questões de saúde.

Dessa forma, Campinas organizou a saúde mental a partir da rede básica, através do Apoio Matricial, apostando na potencialidade desse método, em criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento e articulando as ações dos diversos profissionais que, juntos, se responsabilizam pelos Projetos Terapêuticos (FIGUEIREDO, 2006).

Onocko-Campos, *et. al.* (2008) apresentam em seus estudos a implantação de CAPS em Campinas iniciada na década de 1990, mas apenas a partir de 2001 esses equipamentos aumentaram em número e se conformaram em CAPS III.

Atualmente, o município possui seis CAPS III, com funcionamento 24 horas, leitos de internação, sendo responsáveis por trinta e oito residências terapêuticas que se dividem e instalam pelos cinco Distritos de Sanitários existentes na cidade. Existem ainda dois CAPS AD (álcool e drogas), com cinco leitos/noite de retaguarda/cada; um CAPS infantil; um CAPS AD/adolescente; três enfermarias em hospital geral, com uma delas específica para internações breves de dependência química; o atendimento psiquiátrico pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Médico de Urgência/SAMU com suporte do médico psiquiatra); dois pront-socorros psiquiátricos; um Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem (SADA); um Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT); uma unidade de moradores e uma unidade de internação psiquiátrica - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira com cento e doze leitos de internação - e mais cinco centros de convivência, que são utilizados como dispositivos terapêuticos abertos à comunidade em geral (CAMPINAS, 2007a).

Assim, foi nesse contexto de complexidade e diversidade de serviços pertencentes à rede de cuidado em saúde mental que

selecionamos, dentre os seis CAPS III existentes no município, apenas um para estudo, pois se buscou, de acordo com Foucault (1992, p. 244), encontrar na sutileza do “dito e não dito” dos participantes do estudo, os dispositivos de empoderamento.

4.2.2 O campo de estudo: o Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano da Costa Filho

A pesquisa teve como cenário um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da cidade de Campinas/SP, modalidade tipo III (três), sendo este município brasileiro um dos modelos de referência no projeto de atenção à saúde mental, justificando assim a sua escolha como cenário para coleta de dados. O CAPS foi selecionado a partir da indicação da coordenação do Centro de Estudos dos Trabalhadores de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que após a avaliação do projeto, utilizou como critério de escolha: o CAPS onde mais avançaram os dispositivos de empoderamento. Dessa maneira, fomos direcionados para desenvolver a pesquisa no CAPS David Capistrano da Costa Filho.

A escolha do CAPS como local de estudo explicou-se por esse serviço trazer novas abordagens de cuidados às pessoas com transtornos mentais graves, dispositivo central da Reforma Psiquiátrica e a grande aposta para o atendimento dessa população. A Política Nacional de Saúde Mental define o CAPS como o núcleo de uma nova forma de clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

A modalidade tipo III foi selecionada por Campinas possuir, para atenção as pessoas adultas em sofrimentos mentais, apenas CAPS do tipo III. O município abandonou a aposta em CAPS tipo II e investiu em serviços do tipo III, acreditando que estes, por incluírem leitos de internação (ou leitos/noite) breve e territorial, possuem maior eficácia no manejo dos transtornos mentais (CAMPINAS, 2007b).

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços (BRASIL, 2006b).

O CAPS David Capistrano da Costa Filho está localizado no Distrito Sanitário de Saúde Sudoeste, localizado na Rua Salomão Gebara, 136, Jardim Vista Alegre, na cidade de Campinas/SP.

Para dar conta da demanda de saúde mental o serviço fortalece o seu trabalho com auxílio de um colegiado gestor formado por quatro trabalhadores; sessenta funcionários alocados em regime de plantão para potencializar as ações e dar cobertura nas vinte e quatro horas do dia; sete leitos de retaguarda noturna; suporte dos apoiadores institucionais; além do apoio dos usuários, familiares e toda a rede de cuidados em saúde do distrito.

O Distrito Sanitário de Saúde Sudoeste apresenta características peculiares quanto à quantidade de unidades integrantes: 12 (doze) Centros de Saúde: [Centro de Saúde DIC I](#); [Centro de Saúde DIC III](#); [Centro de Saúde Jardim Aeroporto](#); [Centro de Saúde Jardim Campos Elíseos \(Tancredão\)](#); [Centro de Saúde Jardim Capivari](#); [Centro de Saúde Jardim Itatinga](#); [Centro de Saúde Jardim Santa Lúcia](#); [Centro de Saúde Jardim São Cristóvão](#); [Centro de Saúde Jardim Vista Alegre](#); [Centro de Saúde Santo Antônio](#); [Centro de Saúde União dos Bairros](#); [Centro de Saúde Vila União/CAIC](#); 02 (dois) Centros de Convivência: [Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes](#) e Centro de Convivência Andorinhas; 03 (três) CAPS: [CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Novo Tempo](#); [CAPS - Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano da Costa Filho](#); [CAPSi - Espaço Criativo](#); 01 Ambulatório de Especialidades: [Ambulatório de Especialidades Ouro Verde](#); 01 (uma) Farmácia fitoterápica: [Botica da Família](#); 01 (um) Pronto Atendimento: [Pronto-Atendimento Ouro Verde](#); 01 (um) Laboratório: [Laboratório de Análises Clínicas](#); 01 (Agência de Vigilância Sanitária): [VISA Sudoeste](#); 01 (um) Centro de testagem e Aconselhamento: [CTA Ouro Verde](#); 01 (um) Centro Especializado Odontológico: [CEO Sudoeste](#).

4.2.3 O Centro de Convivência Tear Das Artes – descoberta de mais um campo

Figura 2: Centro de Convivência Tear das Artes



Fonte: <http://www.2009.campinas.sp.gov.br/saude>

Os centros de convivência são serviços comunitários componente da rede substitutiva em saúde mental que possibilitam aos usuários e à comunidade interação, encontros, convivência e a criação de laços sociais e afetivos permitindo assim a inclusão social.

Reforçando e definindo esses espaços, Brasil (2007b) traz os Centros de Convivência e Cultura como dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. A especificidade destes centros reside no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde.

Dessa forma, os Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa em sofrimento mental e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura, ou seja, prima pelas relações que se formam a partir da cultura, da arte do estar com o outro.

Então, o objetivo extrapola a questão apenas da saúde, perpassando-a e ultrapassando-a pela construção coletiva de espaços de convivência nos territórios capazes de operar no fortalecimento de

vínculos, possibilitado por ações e práticas que promovem cultura, educação, saúde e lazer, assegurando a singularidade de cada um e o desenvolvimento de potencialidades.

De acordo com Silva (2003), um Centro de Convivência deve ser:

(...) um espaço estimulante para a troca de experiências, mediado por uma instância pedagógica, que oriente e canalize ações, registrando-as em benefício do grupo. Os indivíduos devem ser estimulados a saírem de suas trincheiras pessoais e incitados, por meio de estratégias e conteúdos de reflexão, a colocar seus talentos a serviço de uma comunidade mais ampla, na qual ele se veja refletido (p.13).

Nessa perspectiva, o Centro de Convivência Tear das Artes, a partir de sua filosofia presente em suas ações, nos despertou o desejo de conhecer de perto as atividades tão reportadas pelos usuários e profissionais dos CAPS como ações que os tornavam empoderados.

Assim, apresentamos o Centro de Convivência Tear das Artes, inaugurado em dezembro de 2001, a partir da iniciativa e parceria de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da região sudoeste de Campinas, trabalhadores dos CAPS (CAPS David Capistrano da Costa Filho e CAPS Novo Tempo), comunidade e Distrito de Saúde Sudoeste. Esse novo espaço ganha o seu formato movido por um mesmo sonho e desejo: fazer saúde de um modo diferente – através da arte, da cultura e da convivência.

O Tear das Artes é um espaço público que tem por objetivo favorecer a convivência pacífica entre os diferentes, propiciando a circulação de crianças e adultos, homens e mulheres, adolescentes e idosos com suas possibilidades: sofrimento psicossocial, histórias, sonhos, tristezas, saberes, alegrias, num encontro que se faz no cotidiano e que permite as pessoas estarem na vida, num local acolhedor e agregador das diferenças de raça, credo, idade, sexo, modos de estar no mundo (Anotações cartaz informativo do serviço⁶).

6 Anotações retiradas em um *banner* informativo exposto no Centro de Convivência Tear das Artes.

Com esse formato, o centro possui uma grade de ofertas de atividades variadas como brinquedoteca, oficinas de artesanato (argila, crochê, tear manual, tear de prego, pintura, pintura em seda, bisquit, palito, entre outras); horta, alfabetização de jovens e adultos, informática (acesso livre a internet e cursos de inclusão digital); estúdio de gravação onde acontecem as oficinas de música, rádio, jornal, Blog do Tear, vídeo e assembleias.

O centro conta ainda com atividades de geração de renda, tendo como atividade consolidada e reconhecida pela comunidade o grupo de culinária denominado “Harmonia dos sabores” que tem como foco principal a inclusão social através das atividades de trabalho e geração de renda, baseadas nos princípios da Economia Solidária.

Tem como público alvo toda comunidade, mas, no entanto, há uma atenção especial em incluir aquelas pessoas com maior vulnerabilidade pessoal e social. O centro traz também a intersetorialidade como uma das premissas para o desenvolvimento das práticas, buscando gerar o maior número de ofertas e possibilidade de encontro entre as pessoas.

Foi com intuito de desvendar e conhecer melhor esse centro que nos debruçamos para entender e disseminar a sua lógica de cuidar a partir da inserção dos usuários em uma rede de relações com a comunidade, revelado no aumento da rede social e da autoestima, na maior autonomia, empoderamento e cidadania; além da descoberta ou redescoberta de habilidades.

Pudemos verificar que para os usuários dos serviços de saúde mental, o maior ganho está na mudança do papel social a partir da convivência. Vemos que aquele antes considerado socialmente como “louco”, “incapaz”, “improdutivo”, passa a ser considerado como alguém capaz de produzir algo de valor social e de transmitir suas habilidades a outras pessoas (CAMBUY, 2009).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

No momento do trabalho de campo os participantes da pesquisa foram divididos em grupos de usuários, familiares e profissionais. Participaram da pesquisa sete usuários; três familiares e vinte e quatro profissionais, sendo um destes o coordenador do CAPS e três profissionais do Centro de Convivência, totalizando trinta e quatro entrevistados.

Neste estudo, a definição dos sujeitos e os critérios de aproximação e inclusão tiveram como referência a orientação de Yin

(2010), que afirma: “a escolha dos casos para estudo ou entrevista se dá a partir da avaliação das variáveis mais relevantes sobre o fenômeno em foco”.

A partir desse entendimento, a definição dos sujeitos privilegiou os usuários, os familiares e os trabalhadores que fossem engajados na luta antimanicomial e que, portanto, pudessem apresentar um conhecimento e avaliação mais avançada dos dispositivos de empoderamento. Os critérios para definição dos sujeitos consideraram inicialmente:

1. Em relação aos usuários e familiares - vinculação ao serviço por dois anos ou mais; ser indicação dos profissionais, gestor e/ou indicação dos próprios e usuários e familiares; desejar participar do estudo.
2. Em relação aos profissionais – experiência de trabalho nos serviços: CAPS e Centro de Convivência, de dois anos ou mais; engajamento no movimento antimanicomial; desejar participar do estudo.

Para o início da coleta de dados, foi realizado contato com as coordenações do CAPS e do Centro de Convivência para conhecimento da unidade, dos usuários, familiares e da equipe técnica. Nesse momento, foram elaboradas listas contendo as atividades existentes, a equipe profissional e os usuários matriculados.

A partir desse contato inicial, identificamos a existência de profissionais que eram engajados na luta antimanicomial, com formação especializada em saúde mental, que possuíam mais de dois anos de experiência na área, porém com menos de dois anos alocados no CAPS David Capistrano da Costa Filho. Com isso, decidimos que a definição dos sujeitos da pesquisa não fosse sustentada, como critério limitador, no tempo de serviço, mas privilegiasse o engajamento desse profissional, usuário e familiar no processo de empoderamento.

Outro fator de importante destaque que nos fez repensar o local de estudo - CAPS – como o único campo de coleta de dados, foram os Centros de Convivências, especificamente o Centro de Convivência Tear das Artes existente no Distrito Sanitário Sudoeste, citado pelos sujeitos pesquisados como referência no processo de cuidado, reinserção e empoderamento, de importância significativa para usuários, familiar e profissional. Assim, foi incluído no estudo o Centro de Convivência Tear das Artes como mais um tentáculo da rede do CAPS, que através das suas atividades e atores protagonistas do cuidado, realizam juntos ao

CAPS um processo de “desmame” da vinculação dos usuários, possibilitando uma reinserção social pelo trabalho, pela arte, pela cultura, pelas relações com a comunidade e principalmente pelo entendimento do usuário de seu sofrimento mental.

Desde modo, os sujeitos deste estudo foram o coordenador, alguns usuários e familiares do CAPS David Capistrano da Costa Filho e a equipe profissional (do CAPS e do Centro de Convivência). A partir desta definição, para escolha dos usuários e familiares foram estabelecidos critérios de identificação pela observação no cotidiano da unidade; indicação pelos profissionais; e pelos próprios usuários e familiares, permitindo assim a obtenção de sujeitos baseados em critérios subjetivos de empoderamento, ou seja, conforme entendimento do conceito de empoderamento de cada ator.

4.4. COLETA DE DADOS

Para coletar os dados foram utilizadas técnicas específicas para cada grupo. Os usuários e familiares participaram de entrevistas individualizadas, sendo sete usuários e três familiares, em um total de nove entrevistas nesse grupo.

Foram utilizados para captação de dados três diferentes recursos: entrevista individual com roteiro semi-estruturado; entrevista coletiva – Roda de Conversa e observação participante (APENDICES A, B, C, respectivamente).

No grupo dos profissionais foram realizadas tanto entrevistas coletivas quanto individualizadas. Participaram da entrevista individual: a coordenação do CAPS, dois profissionais da unidade que não puderam participar da roda de conversa em grupo e três profissionais do Centro de Convivência Tear das Artes, resultando em seis profissionais entrevistados individualmente. Os demais profissionais fizeram parte da roda de conversa.

Antes de iniciar a entrevista, todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca da natureza do estudo, sendo convidados a ler e assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Após a sua leitura todos os participantes assinaram o TCLE em duas vias sendo que uma lhes foi entregue e a outra foi arquivada pela pesquisadora, garantindo os preceitos éticos da pesquisa.

O processo de consentimento informado visa, fundamentalmente, resguardar o respeito às pessoas. Isso se dá através do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo, garantindo a sua livre escolha após ter

sido convenientemente esclarecido sobre as alternativas disponíveis (GOLDIM, 2000).

O processo de entrevista

A entrevista foi montada e orientada partindo de questionamentos apoiados em teorias e hipóteses, que nos possibilitou uma miscelânea de interrogações e de novas hipóteses, que surgem a partir de cada resposta dada pelos participantes (TRIVIÑOS, 2006).

O roteiro semi-estruturado trouxe um estímulo para narrativa, de forma mais livre e espontânea, permitindo que os entrevistados discorressem sobre o tema apresentando as suas vivências com o objeto de estudo, permitindo assim enriquecer a pesquisa.

Nesse sentido, coaduno com a fala de Schraiber, que traz a entrevista como

um modo de contar e um modo de lembrar, (...) produz sempre uma interpretação daquele que relata. Mas aquilo que se conta – o acontecido, o vivido - e o significado que lhe confere o narrador, não é exatamente único, senão a experiência pessoal no interior de possíveis históricos bem determinados, e que se dão na forma pela qual aquele indivíduo está situado socialmente (SCHRAIBER, 1993, p.33).

A relação de confiança mútua e respeito, desenvolvida com os participantes, proporcionou uma afinidade, permitindo assim uma participação ativa e uma maior profundidade nas respostas.

Para captar os relatos de forma fidedigna, foi utilizado um gravador, com a autorização dos entrevistados. Após cada gravação, procurou-se transcrever o conteúdo gravado e realizar uma primeira leitura com intuito de apreender o conteúdo e potencializar as entrevistas subsequentes, suscitando com isso maior esclarecimento e riqueza dos relatos.

A partir dessa escuta e releitura dos relatos, observamos uma significativa alusão às ações desenvolvidas no Centro de Convivência Tear das Artes, sendo percebida e julgada a relevância de extrapolar os muros do CAPS e conhecer melhor esse outro serviço, parceiro da reinserção dos usuários de saúde mental numa abordagem de empoderamento.

Na entrevista coletiva – Roda de conversa⁷ - utilizamos a mesma forma de divisão da equipe estabelecida na unidade. No CAPS, os profissionais são separados em quatro miniequipes multiprofissionais que são responsáveis/referência do cuidado de todos os usuários da unidade. Com isso, foram realizadas rodas de conversas com essas miniequipes separadamente, perfazendo um total de dezoito profissionais.

Dessa forma, a entrevista nos possibilitou desafiar nossas concepções, assim como, de acordo com May (2004), permitir responder perguntas dentro da estrutura de referência, estabelecendo assim um diálogo que perpassa por um processo de construção de confiança e cooperação.

O processo de observação

Outra ferramenta que nos fez ampliar e enriquecer a nossa pesquisa foi à observação participante, que possibilitou “interpretar 'por dentro' a cultura e subjetividade” dos participantes da pesquisa (VASCONCELOS, 2009).

Becker (1999) e May (2004) reforçam a riqueza desse método quando abordou a importância de se tornar parte da vida social, acompanhando-as e entendendo sua constante mudança, a partir da participação e registro das transformações, os efeitos dessas sobre as pessoas, assim como as suas interpretações. Schwartz; Schwartz (1955) apresenta em um dos seus artigos que a observação participante configura-se em um processo de registro, interpretação e gravação. Esse mesmo artigo trouxe a definição desse método como:

...um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. (...) o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (p. 355).

A observação foi realizada no formato de *participante como observador* (MAY, 2004), adotando assim um papel público, cujas intenções foram do conhecimento dos participantes, com intuito de

7 A Roda de conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos pautados em um determinado conteúdo (COELHO, 2007).

estretar os laços entre nós, tendo-os como respondentes e informantes da pesquisa.

As entrevistas e conversas foram gravadas com a anuência dos participantes com intuito de preservar e absorver na íntegra as falas e relatos. A seguir, foram transcritas, lidas e identificadas às ideias chaves que foram articuladas em uma rede de categorias.

4.5 DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP e da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Analisado sob o aspecto ético-legal, o projeto atendeu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado em 28/06/2011 e 03/10/2011 respectivamente (**ANEXO A e B**).

Adentrando o campo de estudos foram realizados contatos com a coordenação com vistas a conhecer o funcionamento da unidade e a articulação com os demais serviços presentes na rede e dessa forma aproximar do objeto desse estudo.

O primeiro momento da pesquisa constituiu na apresentação do estudo à coordenação, os profissionais, os usuários e os familiares do CAPS e também aos profissionais do Centro de Convivência. Essa apresentação foi realizada em momentos distintos, sendo utilizado o espaço da reunião de equipe tanto no CAPS quanto no Centro de Convivência e o momento da assembleia para falar com os usuários e familiares.

Essa aproximação com os participantes da pesquisa, esclarecendo o objeto de estudo e tirando as dúvidas dos participantes, facilitou a entrada no campo e me aproximou dos atores desses serviços, pois ao chegar aos serviços já era identificada como pesquisadora e colaboradora do cuidado.

Estabelecidos esses contatos e após explanação do tema de estudo, foram agendadas as entrevistas e a participação nas reuniões de miniequipes, baseado na disponibilidade de cada ator envolvido. Importante ressaltar que para preservar a identidade dos participantes deste estudo, foi-lhes assegurado o anonimato. A correlação com as características pessoas e identidade de cada ator do estudo foram suprimidas devido ao risco de identificação a partir das falas, na medida do compromisso ético de manter a identidade preservada.

As entrevistas foram codificadas e classificadas seguindo a ordem cronológica em que foram realizadas: U1, U2, (...) U7 referindo-se usuários; F1, F2, F3 referindo-se aos familiares; os profissionais foram enumerados PI1, PI2, (...) PI6 para as entrevistas individuais e as entrevistas em roda de conversa foram sinalizadas como PM1, PM2, PM3 e PM4 respeitando-se somente a ordem de ocorrência, sem a preocupação com a identificação individual dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a forma de apresentação dos resultados das dissertações de mestrado é por meio de pelo menos um artigo. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estão sob a forma de dois artigos científicos, correspondendo aos itens 7 e 8 da Parte II desse trabalho.

ARTIGO I: A VISÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS ACERCA DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE MENTAL

ARTIGO II: OS DISPOSITIVOS DE EMPODERAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS PROMISSORAS DE UM TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA DIREÇÃO DO EMPODERAMENTO

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação em saúde mental. *Interface - Comunicação., Saúde, Educação.*, v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.

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

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202p.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemológica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120p.

BARDIN. L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2010, 281p.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Editora Rosa dos Ventos, Rio de Janeiro, 1992, 195p.

BARROS C. A. S. M. Grupos de auto ajuda. In: Zimerman DE, Osório LC. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. p. 107-117.

BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 4.ed.- São Paulo: Hucitec, 1999.

BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: *Health Education Quarterly*, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) – vol. 21, 3: 281-294, 1994.

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

BRASIL. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: *Relatório final* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. 2.^a Conferência Nacional de Saúde Mental: A reconstrução da saúde mental no Brasil: Brasília, 1 a 4 de dezembro de 1992: Relatório final / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*/Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 04 mar. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília, DF, 2007a.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

_____. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 de abril de 2001.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1, p. 18055-18059.

_____. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde

(SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990a. Seção 1, p. 25694-25695.

_____. *Política Nacional de Promoção da Saúde*/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE: Brasília, janeiro de 2007b, 85p.

_____. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental 1990-2002*. 3a ed. Rev. atual. - Brasília: O Ministério da Saúde; 2002b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BRITO, I. C. Refletindo sobre o dispositivo assembleia de usuários e profissionais nos equipamentos substitutivos de saúde mental. 2006, 9p. *Trabalho de Conclusão de Curso - Aprimoramento em Saúde Mental* – Faculdade de Ciências Médica – UNICAMP/SP. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/tcc/dispositivo_assembleia.pdf> Acesso em: 18 mai. 2011.

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

CAMBUIY, K. Centro de Convivência em Campinas: possibilidades e desafios para o cuidado em saúde mental. Fórum dos Centros de Convivência de campinas. Disponível em:
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/biblioteca/XXIV_Congresso_de_Secretarios_Municipais_de_Saude_do_Estado_SP/Enfrentandoosnovosdesafiosdasaudemental/Centros_de_Convivencia_em_Campinas_Karine.pdf Acesso em: 26/06/2012.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, Colegiado de Saúde Mental, 2007b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Conheça a Secretaria de Saúde de Campinas*. 2007a. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saude/> acesso em: 16 mai. 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura do SUS-Campinas. 2009. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>> acesso em: 15 mai. 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Paidéia Saúde da Família*. 2001. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos> acesso em: 16 mai. 2011.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. (org). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, p. 51-67.

_____. A reforma da reforma: repensando a saúde. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, ABRASCO, 1999, p.393-403.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1865-1874, 2007.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul./ago, 2004.

CHIEN, W. T.; THOMPSON, D. R.; NORMAN, I. Evaluation of a Peer-Led Mutual Support Group for Chinese Families of People with Schizophrenia. *Am J Community Psychol*, 2008, 42:122–134.

Disponível em

<<http://www.springerlink.com/content/un3137w1x3u422v4/fulltext.pdf>

> Acesso em: 16 abr. 2011.

COELHO, D.M. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. In: Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro/RJ, 2007.

DAYA, I. *The Establishment of a Hearing Voices Network: Feasibility Study*. Prahran Mission, 2009. Disponível em:<> Acesso em: 20 abr. 2011.

DELEUZE, G. Que és un dispositivo? In E. Balibar, H. Dreyfus, G. Deleuze et al. *Michel Foucault, Filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1999, p. 155-163

DESLANDES, S.F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In. ONOCKO – CAMPOS, et. al. (org.) *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* - São Paulo: Aderaldo& Rothschild, 2008, 428p.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, 2009. 1 cd-rom.

FALEIROS, V. P. *Estratégias em serviço social*. 7º ed - São Paulo: Cortez, 2007.

FIGUEIRÓ, R. A. Ajuda Mútua nos CAPS: o papel dos serviços no empoderamento dos usuários. 2009, 156p. *Dissertação* (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação e Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

FIGUEIREDO, M.D. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-CAMPINAS (SP). 2006, 147p. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FLEURY, S. M.T. “Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária”, in FLEURY, S. T. (org.), *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752, 2009.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1980.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992, 295p.

GOLDIM, J. R. O consentimento Informado. In: VICTORA et al. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136p.

HERRIGER, N. Grundlagentext Empowerment. Düsseldorf/Alemanha: Sozialnet GMBH, 07 de julho de 2006. Disponível em: <<http://www.empowerment.de/grundlagentext.html>>. Acesso em: 09 abr. 2011.

HOMAN, M. S. Promoting community change: making it happen in the real world. United States, 1994. p.442.

ISRAEL, B.A, CHECKOWAY B, SCHULZ A, ZIMMERMAN M. Health education and community empowerment: conceptualizing and

measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ Q.*, 1994, p. 149-70.

KLUG, J. *Lutero e a reforma religiosa*. São Paulo: FTD, 1998. 47p

LABONTE, R., Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *In: Health Education Quarterly: (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part I)* Vol. 21, 1994, p 253-268.

LAVERACK, G; LABONTE, R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan.* 2000, p.255-262.

LEE, J. A B. *The empowerment approach to social work practice*. New York, Columbia University Press, 2001, 208p.

MAY, T. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Tradução: Carlos Alberto Silveira Netto Soares. - 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENEGHEL, S. N. *et. al.* Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005, 10(1):111-118.

MINAYO, M. C. de S. (org) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 25 ed. 2004.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NEVES, E.T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2008 Jul-Set; 17(3): 552-60.

OLABUENAGA, J.I.R.; ISPIUZA, M.A. *La Descodificación de la Vida Cotidiana: Métodos de Investigación cualitativa*. Bihão: Universidade

de Deusto, 1989.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

ONOCKO – CAMPOS, R. T.; et. al. (org.) *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* - São Paulo: Aderaldo& Rothschild, 2008, 428p.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 28 de março de 2001. Disponível em http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf> Acesso em: 11 abr. 2011.

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

ROMME, M. e ESCHER, S. *Na Companhia das Vozes. Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Editorial Estampa, 1997.

ROOM, R. “Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective”. In: *Addiction Research*. Vol. 6(2), 1998, p. 131-145.

SAÚDE, CN. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acesso em 05 mai 2011.

SCHWARTZ, M. S.; SCHWARTZ, C. G. Problems in Participant Observation. *O American Journal of Sociology* . Vol. 60, No. 4 jan 1955, pp 343-353.

SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu mercado de trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA, S.D. A implantação de um centro de convivência para pessoas idosas: um manual para profissionais e comunidades./ Sidney Dutra da Silva. *Série Livros Eletrônicos*. Programas de Atenção a Idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2003.

SILVA, S. M. A Vida como uma Obra de Arte. Revista Científica/FAB. Curitiba: Impresso JCR, V.2, p.1, 2006.

SOUZA, W.S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cad. Saúde Pública* . 2001, vol.17, n.4, p. 933-939. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n4/5299.pdf> Acesso em: 05 mai 2011.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 13, n. 2, p.5-19, mai./ago., 2004.

TÁPIA, C. E. V. Prática docente interdisciplinar: os desafios (in)visíveis da mudança curricular na enfermagem. Campinas, 2000. *Tese* (Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002, 144p. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Departamento de Administração e Planejamento em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

VASCONCELOS, C. M. Paradoxos da mudança no SUS. 2005, p. 229. *Tese* (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais, volume I: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec, 2008a, 209p.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). *Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008b, 335p.

VASCONCELOS, E.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa/ Eduardo Vasconcelos. 4. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Derechos y empoderamiento (*empowerment*) de usuários y familiares em el terreno de la salud mental, y su difusión em países de origen latino. Átopos salud mental, comunidade y cultura. Num. 11 – junio, 2011. Disponível em: <[http://www.atopos.es/pdf_11/23-44_Derechos%20y%20empoderamiento\(empowerment\)%20de%20usuaros.pdf](http://www.atopos.es/pdf_11/23-44_Derechos%20y%20empoderamiento(empowerment)%20de%20usuaros.pdf)> Acesso em: 27 set 2012.

VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias* - São Paulo: Ed Paulus, 2003.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução Ana Thorell - 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E.,. “Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health”. In: *Health Education Quarterly: Special Issue Community Empowerment, Participatory Education, and Health - Part I*. Vol. 21, 2: 141-170, 1994.

WEINGARTEN, R. Primeiro Prefácio. In: VASCONCELOS, et. al. (org.). *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Rio de Janeiro- São Paulo: EncarArte-Hucitec, 2005. p.10.

WENDHAUSEN, A L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saúde e Sociedade* v.15, n.3, p.131-144, set-dez, 2006.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion: a discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promotion.*, n. 1, p. 73-78, 1984.

ZAMBENEDETTI, G. SILVA, R.A.N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, jun. 2008, p. 131-150.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 23-32.

PARTE II: ARTIGOS CIENTÍFICOS

6. ARTIGO I: A VISÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS ACERCA DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE MENTAL

INTRODUÇÃO

No Brasil, o projeto da Reforma Sanitária foi propulsor da construção de uma reformulação do campo do saber em saúde, uma estratégia política de luta pela democracia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação entre Estado e sociedade (FLEURY, 2009). Segundo Vasconcelos (2003), uma perspectiva muito própria de empoderamento foi construída durante o período da reforma, sendo também incorporado na Constituição Federal de 1988, assim como na própria legislação e estrutura do atual Sistema Único de Saúde.

O empoderamento parte de uma construção recente no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, mas se reporta a noções de distintos campos do conhecimento, tendo suas raízes nas lutas pelos direitos civis e sociais, desde o início do Período Moderno, e no movimento feminista e outros movimentos sociais populares da segunda metade do século XX. Na saúde mental, o conceito de empoderamento é tido como o fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no âmbito do cuidado nos serviços substitutivos e também nas estratégias de defesa de direitos e no exercício do controle e da militância social (VACONCELOS, 2008b).

Dessa forma, com foco em mudanças e fortalecimento de grupos e indivíduos, os dispositivos de empoderamento em saúde mental tornam-se fatores importantes para a criação de autonomia e reinserção social.

Reforçando essa participação, a Política Nacional de Promoção da Saúde traz entre seus objetivos a ampliação da autonomia e da corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público no cuidado integral à saúde, e a minimização e/ou extinção das desigualdades de toda e qualquer ordem (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde Mental, por sua vez, considera o empoderamento um dos seus desafios, bem como a consolidação e ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania (BRASIL, 2005). Embora o documento da política não tenha disposto objetivamente sobre o empoderamento, aborda-o, implicitamente, como um instrumento de reinserção social, autonomia e promoção da saúde mental.

Entretanto, no processo de mudanças e avanços na saúde mental, o empoderamento é trazido de forma clara no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2010, no eixo III - Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, sub eixo 3.7 - Organização e mobilização dos usuários e familiares em saúde mental, em que, além de trazer o termo empoderamento, apresenta maneiras de alcançá-lo, como por exemplo, através do aumento da autonomia e autoestima; pelo estímulo à criação de projetos com o protagonismo dos usuários e familiares; pela criação de cartilhas informativas que esclareçam os direitos e deveres das pessoas com transtorno mental; pela garantia e fortalecimento das associações e cooperativas de usuários e familiares, dentre outros (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, busca-se o desenvolvimento de uma consciência crítica (FREIRE, 1980) envolvendo o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa, e de poder identificar como cada um pode ter um papel dentro de uma mudança social. Isto é particularmente importante em situações de opressão, discriminação, desigualdade e assujeitamento, a partir das quais os indivíduos internalizam crenças e representações de invalidação sobre sua própria identidade e poder.

Apesar das diversas discussões que tomam essa definição, ao tratar-se do empoderamento em saúde mental, percebe-se que a sua consolidação na prática ainda enfrenta obstáculos, representados, entre outros fatores, por questões de natureza epistemológica e institucional, bem como inflexões de natureza política e ideológica.

Suas abordagens e análises não constituem tarefa fácil, devido às peculiaridades do campo da Saúde Mental, particularmente sua longa história de segregação e exclusão social, o que tende a levar seus atores a reproduzir os valores e práticas mais sedimentados e convencionais.

É dentro desse contexto que ratificamos a relevância do empoderamento enquanto estratégia de promoção da autonomia do sujeito e sua reinserção social. Diante desse cenário, observamos a importância de se compreender que concepções de empoderamento são construídas pelos principais atores da Reforma Psiquiátrica, ou seja, os usuários, seus familiares e profissionais da rede de saúde mental, o que se tornou objetivo da pesquisa que constitui a fonte do presente artigo.

METODOLOGIA

As nossas vivências e inquietações nos levam à realização de pesquisas, à investigação, à busca de respostas, revelações, descobertas. Logo, esse compromisso, nos levou a pautar o nosso trabalho em uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa, visando observar, registrar, analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir intencionalmente no ambiente analisado.

Utilizamos para analisar os dados uma sistematização temática descritiva a partir de categorias básicas, similares aos métodos formais de Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo se faz recorrente na pesquisa qualitativa, permitindo ler e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos que, após analisados adequadamente, possibilitam o acesso ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessível (OLABUENAGA; ISPIZÚA, 1989).

A pesquisa teve como cenário o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III da cidade de Campinas/SP, sendo este município brasileiro um dos modelos de referência no projeto de atenção à saúde mental. A escolha desse cenário explicou-se por esse serviço trazer novas abordagens de cuidados às pessoas com transtornos mentais graves, dispositivo central da Reforma Psiquiátrica e a grande aposta para o atendimento dessa população.

Participaram da pesquisa sete usuários; três familiares e vinte e quatro profissionais, sendo um destes o coordenador do CAPS.

Para coletar os dados foram utilizadas técnicas específicas para cada grupo. Os usuários e familiares participaram de entrevistas semi-estruturadas individualizadas.

No grupo dos profissionais foram realizadas tanto entrevistas coletivas, no formato de roda de conversa, quanto individualizadas. Participaram da entrevista individual a coordenação do CAPS e dois profissionais da unidade que não puderam participar da roda de conversa. Os demais profissionais participaram apenas da roda de conversa.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP e da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Analisado sob o aspecto ético-legal, o projeto atendeu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Os participantes foram informados sobre o tema e os objetivos do estudo e convidados a participarem do processo, sendo solicitada sua autorização através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para proceder às entrevistas e gravações.

As entrevistas foram codificadas e classificadas seguindo a ordem cronológica em que foram realizadas: U - referindo-se usuários; F - referindo-se aos familiares; os profissionais foram enumerados PI - para as entrevistas individuais e as entrevistas em roda de conversa foram sinalizadas com PM, respeitando-se somente a ordem de ocorrência, sem a preocupação com a identificação individual dos participantes.

ANALISE E DISCUSSÃO

Apesar da complexidade do termo, a definição de empoderamento foi apresentada pelos usuários e familiares conforme as suas vivências no cotidiano, das suas experiências de vida, fazendo-os ter um ponto de vista diferenciado dos conceitos e abordagens indicadas pelos profissionais, que as apresentaram de forma elaborada e, por vezes, extrapolaram a definição trazida por alguns autores. Nessa perspectiva, dividimos a apresentação do conceito em dois grupos: o primeiro trazendo os relatos dos usuários e familiares e o segundo as falas dos profissionais.

Empoderamento na visão dos usuários e familiares

Identificamos na explanação e relato dos usuários e familiares acerca da definição de empoderamento, alguns eixos de compreensão que foram categorizados da seguinte forma: 1- cuidado de si; 2 - recuperação/sociabilização; 3 - militância e crítica ao passado manicomial; 4 - ajuda mútua/coletivização.

1. Empoderamento: experiência e bagagem a respeito da doença

A visão dos usuários acerca do empoderamento surge como reflexões que perpassam pela independência e liberdade, pelo conhecimento, informação e capacitação e pelo desenvolvimento do autocuidado, do cuidado de si.

“[...] empoderamento para mim é me capacitar, adquirir experiência e bagagem a respeito da minha doença para que eu seja uma pessoa livre, uma pessoa autônoma, livre, dona de si mesmo, dona da minha responsabilidade. [...] o que me empodera é o remédio, só que a atividade ajuda porque faz o meu cérebro voltar ao normal. [...]

atividade deve ensinar e possibilitar a gente a aprender e se sentir útil para aquilo; é possibilitar minha aproximação com toda a equipe a partir das referências, para que eu possa conversar com o meu psiquiatra sobre os meus medicamentos; é poder fazer o que a gente gosta – futebol; possibilitar a informação para termos conhecimento do nosso problema e dos medicamentos que tomamos; permitir que a gente se expresse baseado no nosso ponto de vista, na nossa experiência de vida” (U1).

“[...] é poder, autonomia eu acho que é isso. Autonomia, independência, viver né, viver. Ah! Na minha vida mesmo. Eu tenho problema de esquizofrenia há quinze anos, dezesseis anos e estou a quase dez anos bem de saúde graças a Deus, tomo os meus remédios, eu mesmo tomo conta dos meus remédios, quanto minha terapia, que nem amanhã mesmo é dia 08 e eu tenho médico na Unicamp eu passo lá, vou sozinho fazer exame do coração e tudo amanhã, tudo eu faço sozinho pago as minhas contas sozinho, recebo sozinho, eu acho que empoderamento é isso na minha vida. Eu participo de várias atividades como estar conversando com você aqui tranquilo independentemente [...] então eu acho empoderamento em minha vida é isso” (U3).

“[...] aprendi a conhecer os profissionais e conhecer outros usuários, a dificuldade de cada um, a escuta, a gente aprende muita coisa, a gente se empodera com isso. [...] gente o ganho não está só no remédio, o ganho está bem além disso, ele é só o fundinho do cone, o disparador, que dispara aquilo lá e o resto você vai pensar”. (U6).

De acordo com Silva (2006) sujeito de desejo quando tem domínio de si, desenvolve uma arte da existência, determinada pelo cuidado de si. O tema do cuidado de si é trazido por Foucault no início dos anos 80. Foucault traz o cuidado de si associado às técnicas de si que partem de uma reflexão a respeito da vida de cada sujeito, sobre a maneira de regular a conduta, fixando para si mesmo os fins e os meios, possibilitando o cuidar de si (FOUCAULT, 2004).

Segundo Nardi e Silva (2005), esse cuidado pode ser compreendido como um conjunto de tecnologias e experiências que participam do processo de (auto) constituição e transformação do sujeito. Nessa perspectiva, Revel (2005, p.33) apresenta a expressão: “cuidado de si” indicando o conjunto das experiências e das técnicas que o sujeito elabora e que o ajuda a transformar-se a si mesmo.

“Dar liberdade e informar a gente, porque às vezes as pessoas não entende a gente e a gente deixa de ser livre. Aqui no CAPS eu vinha de perua, de transporte e agora eu vou e volto normal, sozinha. Ah! Muito bom, me sinto melhor, mais independente” (U4).

“[...] empoderamento é ter deixado o meu filho mais alegre, não é tão isolado como antes” (F1).

Observamos, a partir desses relatos e da fundamentação de alguns autores, que o empoderamento apresenta-se como um cuidado de si representado pela melhora da funcionalidade social, pela mudança de comportamento, a conquista da capacidade de andar sozinha na cidade, possibilitando aos sujeitos a liberdade de ir e vir, trazendo um significado de bem estar e conseqüente melhora das condições de vida dos usuários e familiares.

2. Empoderamento: relacionar, conversar, fazer amizades

O processo de socialização para Humerez (1998) é iniciado na família, mas se cumpre quando a pessoa é capaz de perceber que a realidade transcende as fronteiras de sua casa e se espalha para todo o mundo social. É quando ela começa a ver que as coisas, os amigos, as pessoas, são diferentes da sua realidade cotidiana e que existe outro mundo além daquele que conhece, existe uma sociedade.

Observamos nessa conceituação que o empoderamento é trazido como uma forma de estimular a socialização dos sujeitos em sofrimento mental, uma ferramenta para a reinserção social.

“[...] empoderamento é fazer meu filho se relacionar, conversar, fazer amizades. Hoje ele levanta cedo todo animado, cantando, mudou totalmente a vida dele. Hoje o meu filho, com ajuda do CAPS e das atividades, ele é mais

compreensivo, mais obediente, um pouco mais independente e também, vamos dizer assim, que é difícil ter depressão, porque ele tinha muito, muita depressão e hoje é muito difícil” (F1).

“Ter poder né, ter poder sobre algo. Empoderamento é você tomar posse de uma circunstância. [...] empoderar é fazer amizade e se sentir bem, meu amigo me empodera, me deixa forte para eu não desistir de vir no CAPS, de participar do movimento e não desistir de me cuidar” (U5).

“Não só o serviço que empodera, mas as amizades, as relações, as meninas dá muita atenção, são muito atenciosa com ele” (F3).

“Eu acho que a forma como eu entrei na atividade como coordenador, como o responsável pelo desenvolvimento da atividade, isso me fez sentir importante, participando do planejamento e da organização da atividade, apesar de preferir ficar anônimo, mas isso me ajudou muito a ficar mais sociável, porque antes eu era muito ruim. As relações, fazer amizade, a conversa eu acho, todo mundo fala sua opinião, a conversa do pessoal. Acho que cada um tem a sua opinião, um espaço que o pessoal fale sem medo. Ter interação é importante” (U2).

Essas relações resultantes do trabalho em saúde mental, pautado na produção de vínculo e acolhimento, surgem a partir do cuidado explícito e às vezes implícito, de forma humanizada e baseado em uma tecnologia não material de extrema importância para a satisfação dos usuários, familiares e profissionais das unidades. Assim, esse trabalho acontece a partir de “um encontro entre duas ‘pessoas’, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente, alguns momentos interessantes” (MERHY, 1997, p.5).

A importância das relações atreladas às falas dos usuários e familiares se faz legítima desde a definição de saúde mental trazida pela Organização Mundial de Saúde como “a capacidade de estabelecer

relações harmoniosas com os demais e a contribuição construtiva nas modificações do ambiente físico e social” (ESPINOSA, 1998, p.16).

3. Empoderamento: possibilidades de fala, representação e participação

A produção desse saber militante é novo e auto analítico, individual e coletivo, particular e público. Saber esse que opera que interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras, colocando-lhes desafios e sentidos para os seus modos de agir, seja individual ou coletivo (MERHY, 2004).

A relevância do contato, participação e garantia de um espaço de fala nos conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, bem como no desenvolvimento de projetos de pesquisa, planejamento e avaliação de serviços, são trazidos por usuários e familiares como ferramentas importantes em seu processo de empoderamento.

“As conferências onde se fala dos serviços do SUS. As CONFERÊNCIAS, o CONTROLE SOCIAL. Controle social fica meio indefinido, mas nas conferências principalmente, onde se deliberam muita coisa, então lá eles..., eu na maior parte do tempo fico quieto, porque eu não gosto de falar em público, mas eu já vi muitos usuários ficarem empoderados, falar mesmo, participar” (U5).

“[...] e desse tempo para cá assim, meu filho está sempre assim, sempre vai, vai para o Rio de Janeiro, vai para onde vai esse negócio de conferência, vai representar Campinas; vai debater sempre a saúde mental em primeiro lugar. As conferências são muito importantes, porque eles falam o que eles sentem, eles procuram sempre fazer de tudo para melhorar a cada dia, um tratamento melhor, um tratamento digno para seres humanos [...]” (F2).

Uma das angústias apontadas pelos entrevistados quando abordados acerca do conceito de empoderamento, além da questão da militância, mas como consequência desta, foi à crítica ao modelo antigo, à lógica manicomial. Como se a própria mudança na lógica de cuidado, com a criação dos serviços substitutivos representasse uma ferramenta

de empoderamento, principalmente para os familiares que vivem e viveram na pele a dificuldade de lidar com o sofrimento mental.

“[...] antigamente era muito triste, meu pai os familiares de meu pai vieram todos a falecer assim em lugares de psiquiatria, e era muito sofrimento, muito sofrimento porque era na base do ‘sossega leão’, camisa de força, o eletrochoque, que eu também tomei o eletrochoque aos dezessete anos de idade e era muito ruim, muito ruim mesmo e hoje a gente está na luta, tanto eu como os familiares e eles mesmos, os usuários” (F2).

“[...] na década de 40, 50, 60 e 70 e até na década de 80 quem ficava doente psicologicamente não tinha a palavra, não tinha voz, não tinha identidade; ficava no manicômio até a sua morte ou ficava com sequelas. No meu caso não, eu sou o porta voz, não só eu como os meus colegas que fazem rádio no Maluco Beleza, somos os porta voz dos que se calaram por muitos anos. Então para nós é muito legal isso aí, eles estarem ouvindo, apoiarem a reforma psiquiátrica isso é importante” (U3).

Dessa forma, observamos que o protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir, que se quer modificar, configurando-se em dois lugares possíveis: o de sujeito limitado ou o de sujeito crítico/político, de direito, que debate as formas de cuidado e a instituição, garantindo seu direito de vez e voto e tornando sujeito ativo que interfere no campo político do cuidado, respaldado pelas conferências e conselhos.

4. Empoderamento: troca de experiências para um ajudar o outro

A ajuda entre pares, entre os iguais em sofrimento, pauta-se no respeito pela diversidade das pessoas, fortalecendo as capacidades individuais e coletivas, na voluntariedade dos não profissionais, primando pelas suas potencialidades, identificando, assim, os recursos para apoiar as pessoas em necessidade (RAPPAPORT, 1990).

Percebe-se com as falas que o empoderamento emerge da prática da coletivização permitindo ao usuário sair da compreensão

individualista de seu problema, colocando-o em contato com outros usuários, apoiando o questionamento das soluções individuais, possibilitando a vinculação e aproximação de pessoas que sofrem, mas que não desistem de lutar por formas melhores de viver.

“[...] para ser sincera, depois que eu vim aqui ouvir, conversei, o técnico de referência conversou com a gente, o doutor aqui, mesmo nessas conversas do grupo de família, tudo ajuda, a mente vai abrindo, o caminho da gente vai abrindo, porque só ficar naquilo não dá. Então a gente tem que buscar coisas novas para poder funcionar a mente” (F3).

“Para mim, participar do grupo de ajuda mútua é muito importante, ajuda muito, porque eu me achava, assim, à última, porque que eu tive um filho desse jeito. Aí eu vejo que as pessoas também têm outras muito piores. E outra, parece que a gente vai lá e a gente [...] é um desabafo, a gente conversa muito, a gente discute os problemas, tudo. Parece que a gente sai de lá mais leve, mas isso é muito bom para as famílias” (F1).

A ajuda-mútua, dessa forma, concretiza-se pela ação de partilha das situações de vida, em um processo de catarse das dificuldades enfrentadas, através da qual se identificam na vivência subjetiva dos problemas de cada um, possibilitando o conhecimento da experiência individual com o sofrimento mental em si ou com a convivência com alguém que sofre:

“O que ajuda a gente é aprender mesmo, é o aprendizado mesmo, porque normalmente a gente já sabe que não é só a gente que tem o problema; muitas pessoas têm os mesmos problemas, então é uma palavra assim que a gente acata que vai servir para a gente, nada que eles estão falando é em vão, as experiências tudo [...]. Não tem nada em vão o importante é a gente estar aprendendo para lidar, aprender a lidar. Lidar com os de casa, com os de fora” (F3).

“[...] a informação, a troca de experiências para um ajudar o outro e o aprendizado isso é importante” (F2).

A partir desses relatos, pudemos desvelar e ratificar uma das proposições do processo de ajuda mútua e coletivização que se configura como um espaço de apoio; troca de vivências e convivências; aprendizagem individual e coletiva e fundamentalmente experiências construtivas entre pessoas.

Empoderamento para os profissionais

Ao pensarmos uma estratégia para abordar o tema empoderamento entre os profissionais, buscávamos algo que possibilitasse um espaço de diálogo, no qual os sujeitos pudessem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si próprios. Optamos então pela Roda de Conversa, que foi um instrumento motivador na construção da autonomia dos profissionais por meio da problematização, da socialização de saberes e de reflexões voltadas para um melhor cuidado e uma melhor forma de interpretar esse cuidado. Envolveu, portanto, um conjunto de trocas de experiências, de conceitos e pré-conceitos, de discussão, conversas e divulgação de conhecimentos.

Dessa forma, a riqueza da roda de conversa esteve no respeito às singularidades, pois as exposições de conceitos nem sempre convergiram, mas quando divergiram suscitaram reflexões e reavaliações do conceito de empoderamento trazido por cada participante. Para explanar esses conceitos buscamos apresentá-los em duas categorias: 1 - autonomia e responsabilização do sujeito; 2 - poder, poder de decisão.

1. Empoderamento como Autonomia/Responsabilização do Sujeito

Na definição de empoderamento, obtivemos como relatos relevantes: a autonomia dos sujeitos, o fato dos usuários serem protagonistas nas tomadas de decisão e se responsabilizarem pelos seus atos.

“Para mim empoderamento é o quanto a gente pode cuidar do outro, mas esse cuidado para ser integral não precisa você fazer pelo outro, pois devemos dar a ele (usuário) essa autonomia para ele poder aproveitar disso tudo” (PI3).

Esse cuidar possibilita aos usuários e familiares o direito a escolhas, valorizando e incentivando ao máximo sua participação em todo processo de cuidado. Portanto, o cuidado deve ser de forma a respeitar a dignidade, a singularidade, a autonomia dos sujeitos

“Acho que é uma forma de responsabilização do sujeito consigo próprio, com a sua vida, de você promover isso. As atividades que tem o empoderamento como objetivo eu acho que buscam isso, tornar o sujeito mais responsável pela a sua vida, em relação aos seus cuidados enfim” (PM3).

Alguns entrevistados trouxeram em seus relatos, agregados a essa responsabilização, a apresentação da autonomia como a definição de empoderamento, colocando-a como um processo de negação da tutela:

“Vejo empoderamento como desenvolvimento de autonomia, pelo menos é a primeira coisa que me vem à cabeça. [...] conseguir com que o sujeito tome conta de seu cotidiano, da sua vida, das suas questões. Que ele não precise de alguém que o tutele e que ele consiga dar conta das suas questões de vida, de trabalho, das relações sociais” (PM3).

Assim, o conceito vincula-se à singularidade de cada indivíduo, perpassando sua história de vida e o contexto em que está inserido. Salienta a potencialidade dos sujeitos serem protagonistas no enfrentamento dos problemas cotidianos, de modo a interferir nele, em uma relação que permite construir soluções para as dificuldades e os problemas que se apresentam.

Em outro olhar, o empoderamento é trazido como autonomia, mas

“pensando em autonomia não na perspectiva da pessoa ser ou não, mas pensando em grau de autonomia, entendendo que a gente nas relações humanas e nas relações da vida a gente sempre tem um menor ou maior grau de autonomia, mas nunca é totalmente autônomo e que essa construção de autonomia é sempre coletiva pensando nessa questão da autonomia como a

capacidade que o indivíduo tem de gerar a ordem, enfim, relações para a própria vida” (PM4).

Esses conceitos articulam indivíduos e sociedade, uma vez que o remete a uma rede de relações sociais. Considera-se como autônomo aquele que se articula ao maior número de relações sociais, tendo também a consciência de que cada sujeito constrói uma rede diferenciada de relações sociais individuais (MOREIRA; ANDRADE, 2003).

“[...] então, quando me vem à questão do empoderamento me vem muito em pensar junto com o usuário a construção de maiores graus de autonomia de uma rede cada vez maior de relações e que aí a rede de dependência deixa de ser a dependência no sentido clássico do termo, mas quanto maior a rede de dependência maior a capacidade e maior o grau de autonomia a pessoa pode ter, porque maior é o número de variáveis que a gente pode lidar” (PM4).

De acordo com Kynoshita (2001), para tornarmos autônomos precisamos ser capazes de estabelecer contratos sociais. Essas condições nos levam a criar novas normas para as diversas situações enfrentadas.

Com esse olhar, verificamos que a participação do sujeito e o reconhecimento dos direitos de todos em concordar e/ou discordar das condições de vida, implica em desafios, mas estes se tornam empoderadores para os usuários e familiares à medida que potencializam e impulsionam a autonomia e a emancipação. Então, o empoderamento, para legitimar essa autonomia, incorpora a noção de participação e o direito a se ter uma opinião, seja para discordar ou concordar:

“[...] participação nas tomadas de decisões. Com isso vêm também as discordâncias no sentido de poder discordar quem quer que seja, ou concordar que seja, porque nem sempre a gente trabalha só com discordância, as diferenças, nesse sentido. Acho que vem, a princípio, participação na tomada de decisão” (PI2).

Podemos verificar que, na definição de empoderamento como autonomia, responsabilização e participação dos sujeitos nas tomadas de decisões, configuramos um indivíduo que não se mantém refém de determinações únicas, que é capaz de estabelecer relações pessoais e sociais em diversos lugares, diversos contextos e em muitas vezes, ser protagonista destas, montando redes diferenciadas de suporte, redes potentes de cuidado e apoio sempre que necessário.

2. Empoderamento como Poder

Apesar da fragmentação do conceito de empoderamento, não podemos deixar de salientar a complementariedade de cada dimensão de sua interpretação, pois sua definição é complexa e multifacetada.

“A palavra para mim é nova, mas assim, a gente tem uma noção que a própria palavra traz que é poder. Eu acho que até tornar a pessoa capaz de entender melhor o mundo e a gente, como sujeito” (PM3).

Nesse sentido, o poder mostra-se como a raiz da autonomia, permitindo-nos montar as partes para moldar seu entendimento (RON LABONTE *apud* BERNSTEIN ET. AL., 1994).

“Empoderamento lembra poder, poder na capacidade de realização das atividades do dia a dia, em condição da própria vida; [...] poder que atua na autonomia dos usuários quanto as suas escolhas” (PM1).

O empoderamento perpassa o ganho de poder que permite aos indivíduos direcionar as suas proposições e gerar mudanças. Uma forma de aumentar o poder pessoal é identificar e compreender o poder que já possui. Envolve a capacidade de fazer escolhas para a vida e agir sobre elas. Com esse foco, o entrevistado traz em sua fala que o empoderamento:

“[...] é um poder de tomada de decisão, de iniciativa, de autonomia, de capacidade de enfrentamento das dificuldades, de recurso interno de enfrentamento dessas dificuldades; é de poder fortalecer os usuários na sua decisão, abrir um

pouco mais o leque de possibilidade de escolha e aí enfim, que ele possa escolher, decidir, ter mais autonomia para fazer as coisas da vida e se fortalecer enquanto recursos, em saber quais são os recursos que ele tem e aí desenvolver alguns outros” (PM1).

Fazendo um contraponto com essa colocação, em outra abordagem pudemos observar uma discussão sobre as dimensões de poder existentes no cotidiano, que algumas vezes se caracteriza como domínio de poder, reportando o empoderamento como fazer uso do poder como profissional na estratégia de cuidado e proteção.

“Empoderar é tomar posse; poder de contratualidade. Eu acho que assim, na hora que faz uso da medicação, muitas vezes o paciente não quer tomar, aí você vai lá e por ter poder de dar medicação, o dá à força. Outra hora é no portão, o paciente quer ir embora, não quer ficar no serviço e você está empoderando quando você que tem o poder não o deixa sair e com isso nós que estamos empoderando eles, tipo a gente está fazendo por eles, o que ele não quer” (PM2).

Esse comportamento, de acordo com Teixeira (2002), significa dar poder ao outro, compartilhando alguns poderes que os profissionais, assim como outras lideranças dos serviços ou grupos comunitários, devem ter sobre outros. Essas pessoas são vistas como agentes de empoderamento e como sujeitos do relacionamento, e permanecem como sendo os atores controladores, definindo os termos da interação. Os indivíduos ou grupos relativamente desempoderados permanecem como objetos da relação, como o receptor da ação do profissional/liderança, numa atitude passiva.

Entretanto, a exposição da fala, na entrevista citada acima, possibilitou ao grupo debater esse conceito, respeitando a singularidade de cada um, mas suscitando o contraponto trazido na fala abaixo, que apesar da incerteza, expressou o seu ponto de vista próprio, acreditando em um conceito diferente.

“Eu não sei, mas eu acho que empoderar é fazer o contrário disso. É fazer a vontade do usuário e não a da equipe. É empoderar o paciente, ter mais

autonomia, decidir pelas coisas dele, e não a gente fazer isso por ele” (PM2).

Essa discussão, acerca das diferentes percepções de empoderamento, tornou possível emergir a riqueza do debate e relembrar a todos a importância de refletir as práticas na saúde mental, na busca de consensos de equipe, no repensar das ações.

Desse consenso, tivemos o seguinte relato:

“Na verdade, empoderamento é a gente poder transitar entre esses dois momentos, assim, mas que seja uma negociação junto com ele (usuário), um projeto que a gente construa junto, a ponto de que o usuário então possa chegar e dizer: ‘olha eu vou, mas vou tomar uma (cachaça, cerveja...), eu não vou chegar aqui bêbado, eu vou tomar um gole’. Eu acho que são atividades na verdade que a gente constrói junto com o usuário, com a possibilidade de uma vida mais autônoma e mais, que seja decidida por ele, não mais por mim e que talvez por ele seja diferente do que seja por mim” (PM2).

Costa-Rosa et. al. (2003) utilizam essa abordagem, compreendida na relação técnico-instituição-sujeito, quando definem contratualidade social, que é a condição de estabelecer contratos sociais de reciprocidade e de trocas, de se responsabilizar pela própria decisão e de ser capaz de enfrentar, aos poucos, as adversidades da vida.

Destacamos, dessa forma, como fator relevante das discussões apresentadas, o entendimento de empoderamento como uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhado, ao invés do poder sobre o outro. Ao mesmo tempo, de acordo com a dimensão de empoderamento como fortalecimento dos sujeitos, trazido por Moreau, abordamos a importância de tornar explícita a relação de poder na intervenção profissional, por exemplo, fazendo um contrato claro com os usuários, compartilhando com eles as informações e as técnicas, clarificando os papéis de cada um (FALEIROS, 2007). Esse poder compartilhado proporciona e reforça a autonomia tão buscada e trazida pelos sujeitos como conceito de empoderamento.

A partir deste ponto, em que já descrevemos a singularidade e a subjetividade do conceito de empoderamento trazido por usuários,

familiares e profissionais, iremos realizar uma comparação das várias visões categorizadas.

Comparando as visões dos diferentes atores

Fazer essa comparação entre as visões dos diferentes atores constitui uma tarefa difícil, pois nos deparamos com as múltiplas facetas do conceito de empoderamento, que se remetem à própria complexidade dos fenômenos associados às relações de poder e às diferentes perspectivas em que são vistas e vividas pelos diferentes atores sociais, particularmente quando envolve o sofrimento mental, que pode implicar nos períodos mais críticos da crise em uma relativa perda cognitiva e da capacidade de tomar decisões de forma responsável. Porém, pudemos constatar particularidades nas formas em que é vivido na prática por usuários e familiares e o que é obtido na formação e exercitado na prática profissional, que potencialmente pode levar a uma lógica diferente de cuidado, tornando o usuário singular em seu processo de reinserção e ressignificação da vida.

As visões do conceito misturaram-se em seus muitos sentidos, sendo trazidos de forma mais simplificada pelos usuários e familiares, baseada nos ganhos diários de reinserção, de fortalecimento, de adaptações, mudanças e evoluções que os levaram a viver e conviver melhor. Enquanto, os profissionais colocam-se de forma mais embasada teoricamente, na lógica do cuidado integral, humanizado, pautado no protagonismo dos sujeitos, levando-os, em momentos, ao empoderamento e a responsabilização do próprio cuidado.

Vemos com isso que a palavra ‘cuidado’, seja ela o cuidado de si apontado pelos usuários ou o cuidado proposto pelos profissionais, perpassaram pelo conceito de empoderamento como um cuidado que não é simplesmente ofertado, nem desfrutado, mas problematizado e feito para além do cuidado em si, mas com o propósito de fazer junto, profissional, usuário e familiar, e permitir o protagonismo, almejando a corresponsabilização.

E pudemos, no decorrer dos conceitos e falas, visitar outras categorias que complementam o conceito e que buscam também um cuidado, como a ajuda mútua/coletivização. Falamos, aqui, de um cuidado estendido ao outro, a um “igual”, que muitas vezes é mais capaz de compreender empaticamente o seu sofrimento psíquico do que um profissional. Nesse processo, percebemos o lugar do usuário e do familiar como protagonistas desse cuidado, que se baseia na troca de experiências e na participação de cada ator como protagonista de sua

vida, de suas histórias e peças importantes na reflexão e mudança de comportamento de cada um que ver no outro um agente empoderador.

Se continuarmos pensando em termos de contato, podemos abarcar, ainda, a própria militância, que continuaria sendo um cuidado consigo e com o outro “semelhante”, de forma politizada. Quando um sujeito luta política e coletivamente pelos seus direitos, ele também está lutando pelo outro que ele sequer conhece, uma vez que a opção é lutar por um conjunto e não apenas pelos seus interesses individuais. Quando se critica e condena as formas de cuidado - ‘descuidado’ antes utilizado e por eles experimentado, luta-se para que outras pessoas não experimentem aquilo. Essa luta pelo outro só é alcançada se for permitido ao usuário e familiar estar à frente da decisão de como se cuidar, de como gostariam de ser cuidado, direcionando o foco tanto de militância quanto de crítica ao modelo manicomial, possibilitando assim a autonomia do sujeito.

Entendemos o conceito de empoderamento apresentado pelos profissionais vislumbrando a autonomia dos sujeitos, perpassando pelo poder de escolha, pelo poder de decisão e pelo poder de serem sujeitos com as suas diversidades e semelhanças.

Nesse desenrolar de sentidos vemos que os profissionais apontam como ferramenta para tornar os usuários empoderados à presença da autonomia em todo transitar do usuário, não apenas isolado nos serviços, mas na sociedade. Essa autonomia permite aos usuários e familiares o direito de escolha, o direcionamento de seu cuidado e, principalmente, a ressignificação do estar do usuário nas relações, entre as pessoas e em sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do termo empoderamento na saúde mental ser algo recente, foi surpreendente adentrar um campo de pesquisa onde usuários, familiares e profissionais pautavam seu entendimento de cuidado nessa lógica empoderadora, trazido tanto na literatura quanto nas falas dos entrevistados como fator primordial para alcançar o objetivo da Reforma Psiquiátrica.

Dar vão aos desejos e anseios dos usuários e familiares, por meio da voz e da escuta, permite-nos conhecer por dentro o sofrimento e entender o porquê da necessidade destes estarem à frente do cuidado e da própria vida. Assim, o papel dos profissionais surge não como controlador dos usuários e/ou familiares, mas como co-transformadores de suas vidas pela colaboração no processo de fortalecimento do poder e

da autonomia de cada sujeito. E o maior ganho como pesquisadora está em constatar que é possível ter esperança de mudar a realidade no campo da saúde, por ter vivenciado serviços e conhecido pessoas que extrapolam as linhas teóricas e legais direcionadoras do cuidado e as põem de fato em prática.

Sendo assim, os resultados apresentados aqui nos remetem à necessidade de discussão e reflexão, em cada serviço de saúde mental, por cada profissional que se propõe a cuidar e acompanhar usuários e familiares em sofrimento mental, pois sabemos da existência de serviços ditos substitutivos e profissionais que tentam ser militantes, mas que acabam reproduzindo as práticas dominantes, caindo na contradição teoria-prática e anulando, por vezes, os sujeitos de seus direitos básicos como cidadãos. Porém, a experiência obtida com a pesquisa nos possibilita afirmar que é possível desenvolver um trabalho pautado na participação dos sujeitos, na busca da sua autonomia em todo processo de cuidado com intuito de ter os serviços não como o único lugar de estar e se tratar, mas como espaços que permitem emergir pessoas críticas e lutadoras por seus direitos e lugares na sociedade.

Nessa oportunidade pudemos identificar o empoderamento não apenas nas ações propostas pelos profissionais, nas falas de empoderamento dos entrevistados, mas, sobretudo, nas mudanças de vida de usuários e familiares. E nessa construção partilhada emergiram sujeitos antes tidos como incapazes, dependentes, ‘loucos’, mas que hoje são reconhecidos como representantes da cidade, protagonistas das ações de lutas e enfrentamentos das barreiras impostas pela sociedade, pessoas que precisavam apenas de um olhar, uma sensibilidade para fortalecer suas potencialidades.

Assim, pretendemos disseminar a importância de uma filosofia empoderadora embutida no olhar do cuidador e na visão de quem é cuidado, possibilitando irmos além das patologias, das limitações, das inseguranças, dos medos, focando, assim, nas potencialidades e no desejo partilhado entre usuário, família e profissional de superar as dificuldades.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*/Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 04 mar. 2011.
- BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.
- BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: *Health Education Quarterly*, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) – vol. 21, 3: 281-294, 1994.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, Paulo Duarte (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, p.13-44.
- ESPINOSA, A.F. *Guias práticos de enfermagem: Psiquiatria*. RJ: McGraw-Hill, 1998.
- FALEIROS, V. P. *Estratégias em serviço social*. 7º ed - São Paulo: Cortez, 2007.
- FLEURY, S.M.T. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752, 2009.

FOUCAULT, M (1984). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: *Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1980.

HUMEREZ, D.C. *História de Vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa*. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 1998.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Hucitec: São Paulo, 2ª ed, 2001, p. 55-59.

MERHY, E.E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). *Acolher Chapecó*. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45. Disponível em: < www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf > Acesso em: 22/06/2012

MOREIRA, M.I.B.; ANDRADE, A.N. Ouvindo Loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2003, p. 249-266.

NARDI, H. C., SILVA, R. N. DA. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: Guareschi, N, Hüning, S. M. (org.) *Foucault e Psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

OLABUENAGA, J.I.R.; ISPIUZA, M.A. *La Descodificación de la Vida Cotidiana: Métodos de Investigación cualitativa*. Bilhão: Universidade de Deusto, 1989.

RAPPAPORT, J. Desinstitucionalização: Empowerment e interajuda. O papel dos técnicos de saúde mental no século XXI. *Análise Psicológica*, 1990. p.143-162.

REVEL, J. *Michael Foucault conceitos essenciais*. Editora Clara Luz, 2005.

SILVA, S, M. A Vida como uma Obra de Arte. *Revista Científica/FAB*. Curitiba: Impresso JCR, V.2, p.1, 2006.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002, 144p. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Departamento de Administração e Planejamento em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). *Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008, 335p.

VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias* - São Paulo: Ed Paulus, 2003.

7. ARTIGO II: OS DISPOSITIVOS DE EMPODERAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS PROMISSORAS DE UM TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA DIREÇÃO DO EMPODERAMENTO

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, tanto em nível mundial quanto local, operou e vem operando mudanças significativas no campo da saúde e saúde mental no Brasil. Essas mudanças se concretizam em políticas e programas que buscam a criação de equipamentos e capacitação de agentes que atuem no sentido da substituição do modelo manicomial por estratégias alternativas de cuidado (FIGUEIRÓ, 2009).

Esses serviços substitutivos, materializados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), trazem em seu modo de cuidado, dispositivos que buscam alcançar o objetivo de reinserção social das pessoas em sofrimento mental. O conceito de dispositivo é central nesta discussão, e vem sendo debatido por várias abordagens, particularmente no campo da psicologia institucional. Em geral, neste campo, aponta para relações estabelecidas entre diferentes elementos, tais como: o poder em relação a qualquer formação social; a relação entre fenômeno social e o sujeito; e a relação entre discurso e a prática, as ideias e as ações, atitudes e comportamentos. Esse conceito se aplica às formações sociais, como é o caso do discurso social, onde estão implicadas diversas dimensões que devem ser consideradas para a sua compreensão, pois são constitutivas do discurso (FOUCAULT, 1992).

Além disso, o dispositivo, a partir das relações de saber-poder, permite a produção da subjetividade, perpassando pela produção de novos valores e de novas posições, remetendo o seu conceito às possibilidades e propostas de empoderamento no campo da saúde mental.

Baseados nessas estratégias de cuidado, trazemos os dispositivos de empoderamento que podem, igualmente, contribuir, a partir desse processo de construção de propostas mais consistentes, para a reorganização das práticas assistenciais desenvolvidas nos CAPS. Assim, esses dispositivos são vistos como um conjunto de ações de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares (VASCONCELOS, 2008) nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade.

Nesse sentido, as atividades que possibilitam o empoderamento são dispositivos que podem modificar a relação entre os indivíduos no

processo de cuidado e recuperação do eu ‘limitado’, uma vez que esses permitem estabelecer relações horizontais entre os sujeitos, a partir da troca de saberes e valores tanto dentro das instituições quanto fora delas (ONOCKO-CAMPOS, *et. al.*, 2008).

Essa concepção nos possibilita ir além da teoria e adentrarmos o campo de atuação da saúde mental, exemplificados por um CAPS e um Centro de Convivência da cidade de Campinas/SP, com objetivo de identificar e apresentar os dispositivos que hoje têm sido mobilizados para empoderar usuários e familiares.

METODOLOGIA

Na produção do conhecimento, a prática da pesquisa é uma das mais importantes, é ela que alimenta o ensino e nos coloca frente à realidade atual, nos requerendo conhecer os diversos tipos de abordagens da realidade que devem ser pesquisadas, implicando em consequências práticas e teóricas, vinculando pensamento e ação, ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004, p. 80).

Logo, esse compromisso nos levou a pautar o nosso trabalho em uma pesquisa descritiva e qualitativa, embora também incluindo dados do tipo quase estatística⁸, visando observar, registrar, analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir no ambiente analisado. Assim, propomos descrever os dispositivos de empoderamento, consistindo além da descrição, em análise de características, propriedades, e ainda das relações entre estas propriedades e determinado fenômeno. (TRIVIÑOS, 2006).

Dessa forma, “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2008, p.195), fazendo uso da observação de situações reais e cotidianas, com intuito de analisar o significado atribuído aos fatos, relações e práticas (DESLANDES, 2008).

8 Observações participantes têm sido ocasionalmente coletadas numa forma padronizada capaz de ser transformada em dados estatísticos legítimos. Porém, as exigências do campo geralmente impedem a coleta de dados num formato que se adeque às premissas dos testes estatísticos, de tal modo que o observador lida com o que tem sido chamado de “quase estatística” (Becker, 1999: 55).

Utilizamos para analisar os dados uma sistematização temática descritiva a partir de categorias básicas, similares aos métodos formais de Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo se faz recorrente na pesquisa qualitativa, mostrando-se eficaz no cumprimento dos objetivos da pesquisa e se constitui num ciclo constante entre teoria e técnica, hipóteses, interpretações e métodos de análise, captando os sentidos simbólicos de uma mensagem e entender os seus múltiplos significados (BARDIN, 2010).

A pesquisa teve como cenários o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III - David Capistrano da Costa Filho e o Centro de Convivência Tear das Artes, ambos da cidade de Campinas/SP, sendo este município brasileiro um dos modelos de referência no projeto de atenção à saúde mental. A escolha desses cenários explicou-se por esse serviço trazer novas abordagens de cuidados às pessoas com transtornos mentais graves, dispositivo central da Reforma Psiquiátrica e a grande aposta para o atendimento dessa população.

Foi utilizado para captação e entendimento dos dispositivos apresentados a observação participante que possibilitou “interpretar 'por dentro' a cultura e subjetividade” dos participantes da pesquisa (VASCONCELOS, 2009) e entrevistas envolvendo profissionais que estavam à frente das atividades, assim como conversas com usuários e familiares que faziam parte destas.

Becker (1999) e May (2004) reforça a riqueza desse método quando abordou a importância de se tornar parte da vida social, acompanhando-as e entendendo sua constante mudança, a partir da participação e registro das transformações, os efeitos dessas sobre as pessoas, assim como as suas interpretações. A observação foi realizada no formato de *participante como observador* (MAY, 2004), adotando assim um papel público, cujas intenções foram do conhecimento dos participantes, com intuito de estreitar os laços entre nós, tendo-os como respondentes e informantes da pesquisa.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP e da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Analisado sob o aspecto ético-legal, o projeto atendeu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Todos os participantes consentiram as entrevistas e gravações da pesquisa através do consentimento livre e esclarecido, sendo informados acerca do tema, objetivos, finalidade da pesquisa e a ausência de risco para os participantes.

DISPOSITIVOS DA REDE EM SAÚDE MENTAL E SUAS CARACTERÍSTICAS DE EMPODERAMENTO

“A cidadania do paciente da Saúde Mental não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção que se encontra a Reabilitação possível” (SARRACENO, 1999, p. 18).

Com essa reflexão, iniciamos a configuração dos dispositivos que buscam essa cidadania, a partir do empoderamento dos sujeitos, configurando-se no significado e na importância dada a cada característica existente nas ações de saúde mental – dispositivos – capazes de empoderar.

Dessa forma, para podermos identificar quais dispositivos existentes na rede de cuidado em saúde mental que possibilitam o empoderamento, buscamos entender as características possíveis para uma ação, uma atividade, enfim, para um dispositivo ser considerado empoderador. Entendemos assim que os dispositivos perpassam pelos campos de saber, relações de poder e modos de subjetivação, presentes em diversas atividades que são desenvolvidas em serviços de saúde, saúde mental e da rede de relações como um todo.

No novo modelo de cuidado em saúde mental os dispositivos grupais e as oficinas ocupam um lugar de destaque por possibilitar aos usuários maiores oportunidades de reinserção, autonomia e desenvolver vínculos afetivos. Esses dispositivos são compostos por grupos que se diferem dos grupos tradicionais trazidos como simples objeto de investigação, uma forma de abstração dos sujeitos que participam ou até mesmos para dividir ações coletivas das singulares. Para alcançar essa reabilitação psicossocial o Ministério da Saúde define e apresenta os objetivos das atividades desenvolvidas na saúde mental como “[...] atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (Brasil, 2002b, p.53).

Dentre esses grupos pudemos observar dispositivos grupais com foco operativo que exercita a dialética do ensinar-aprender e fazer, proporcionando uma interação entre as pessoas, onde elas ao mesmo tempo em que aprendem se tornam sujeitos do saber e de suas práticas concretas, objetivadas na tarefa, mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida (BLEGER, 1993). Grupos terapêuticos que trazem algumas formas de psicoterapia e da terapia em si que permitem aos sujeitos terem *insights* dos aspectos de seu próprio sofrimento e também

da totalidade grupal (ZIMERMAM, 1997), que são chamados grupoterapias. Contudo, não observamos essa dicotomia entre operativo e terapêutico. De acordo com Bleger (1993, p.63) “os grupos de ensino não são diretamente terapêuticos, mas a tarefa da aprendizagem implica em terapia; toda aprendizagem bem realizada e toda educação é sempre, implicitamente, terapêutica”.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica extrapola essas visões pautadas nos modelos tradicionais de saúde mental e no trabalho centrado no poder do terapeuta, despertando a criação de dispositivos cujos objetivos principais vislumbram as produções artísticas, culturais, de inserção no trabalho. Nessa abordagem Vasconcelos⁹ apresenta as oficinas de informação, culturais, esportivas, expressivas, de trabalho, de renda, por exemplo, que podem ter efeitos terapêuticos, abrindo a possibilidade de outros tipos de grupo com objetivos variados de reinserção criativa, multidimensional e valorizada na sociedade envolvendo cultura, arte, lazer, esporte, trabalho, dentre outros, que têm efeitos claros de subjetivação, mas que não podem ser descritos apenas como terapêuticos, pois são muito mais amplos, pois visam reposicionar todo o sujeito na relação ativa consigo mesmo e com a sociedade.

Esse autor traz ainda os dispositivos cujo objetivo principal é o empoderamento e a militância, e que podem inclusive dispensar a presença de profissionais e serviços, tais como as assembleias, os grupos de ajuda e suporte mútuo, as associações de usuários e familiares, e os grupos de militância nos movimentos sociais.

Assim, os dispositivos grupais e as oficinas desenvolvidas nos CAPS e Centros de Convivência permitem a expressão da subjetividade por intermédio das atividades artísticas, afluindo a criatividade, o potencial imaginativo, a autoestima de cada usuário. Além de serem dispositivos potentes de inserção através das oficinas de geração de renda.

Assim, aproveitando essa abordagem, iremos a partir de então, baseado na singularidade e na subjetividade do conceito de empoderamento dos usuários, familiares e profissionais, apresentar, descrever e comparar as características necessárias para que os dispositivos desenvolvidos em saúde mental – CAPS e Centro de Convivência possam possibilitar o empoderamento de usuários e familiares.

9 Entrevista sobre dispositivos grupais realizada com Eduardo Mourão Vasconcelos em 30 de junho de 2012.

Dispositivos de empoderamento em Saúde Mental: uma forma de re-significar a vida de usuários e familiares

Após conceitos, falas e relatos acerca do entendimento de empoderamento, e de posse dessas ideias, tentamos identificar em cada gesto e em cada forma de estar dos sujeitos, os ditos e não ditos do termo empoderar na vida cotidiana dos sujeitos que fizeram parte da pesquisa. Nesse entendimento, encontramos em uma das falas a identificação do empoderamento no próprio modelo que está imbuído nas entrelinhas da proposta da reforma psiquiátrica.

“[...] eu acho que até a forma do modelo, de serviço territorial, com as portas abertas, enfim, o usuário podendo questionar o adoecimento, o seu projeto terapêutico, isso é fruto de um movimento de empoderamento” (PI2).

E nessa mudança de modelo deve-se considerar o comprometimento do profissional com o objetivo traçado em equipe, apontado como premissa básica, pois profissionais não engajados apresentam uma grande dificuldade em flexibilizar e potencializar a participação dos usuários nas ações que são desenvolvidas, quiçá serem protagonistas dessas.

“Eu acho que não é o dispositivo em si que determina isso, eu acho que é a visão do profissional e a perspectiva das ações propostas que torna uma atividade empoderadora ou não” (PM1).

“[...] dependendo do posicionamento do técnico ali, do profissional, quão menos tutelador ele for mais empoderador ele é. Então acho que vai também da postura terapêutica que o profissional se coloca” (PM4).

Assim, quando questionados quais dispositivos existentes nos CAPS que tornam usuários e familiares empoderados, verificamos que os profissionais identificaram a convivência e complementariedade de duas dimensões do empoderamento: uma transversal a todas as práticas, tanto individualizadas como coletivas, que depende dos princípios mais

gerais, das relações de poder, das posturas profissionais e da organização concreta da vida dentro dos serviços, de como os objetivos antimanicomiais e de empoderamento são assumidos como valores ético-políticos que devem prescindir o conjunto das práticas no serviço; outra mais particularizada em alguns dispositivos que tem um maior poder de empoderamento.

“[...] qualquer atividade grupal ou oficina, enfim, quando dado a oportunidade do usuário poder falar o que quer e o que não quer, ela de alguma forma, ela empodera” (PI2).

“[...] pensando nos dispositivos da rede substitutiva, todas as atividades, pelo menos na teoria, tem como uma das suas propostas empoderar os sujeitos” (PM4).

“Então, tem várias atividades aqui [...] preciso selecionar bem o que se faz, para poder ter uma visão do que a gente está fazendo na prática, um resultado, um trabalho” (U5).

“Eu acho que todo o momento de contato com os usuários é potente para despertar esse empoderamento, independente dessa especificidade do encontro. Sempre que você possibilita a ele (usuário) fazer uma escolha ao invés de escolher por ele, você está colaborando para aumentar a sua autonomia, esse empoderamento” (PM1).

“Não penso em nenhuma atividade específica, mas eu penso nessas oficinas de geração de renda como a que tem no Centro de Convivência Tear das Artes de geração de renda que é muito legal e é uma coisa que a gente quer implementar no CAPS e eu acho que isso é um jeito de empoderamento” (PM4).

Então, tivemos além das representações trazidas nas falas dos entrevistados a oportunidade de vivenciar e participar da execução dessas oficinas. Dessa forma, a partir de uma descrição das vivências e relatos apresentamos as oficinas e os dispositivos grupais trazidas pelos usuários, familiares e profissionais como dispositivos empoderadores,

no cuidado em saúde mental, existentes no CAPS e Centro de Convivência da cidade de Campinas /SP.

Oficinas e Dispositivos Grupais como Dispositivos de Empoderamento – CAPS e Centro de Convivência

Descrevendo o Grupo Gestão Autônoma da Medicação (GAM)...

“[...] o grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) já vem com essa proposta de empoderamento” (PM3).

“[...] o GAM que eu comecei a participar tem esse negócio de empoderar” (U2).

“[...] Eu acho que aqui a gente tem algumas estratégias, como por exemplo, o próprio GAM, outras oficinas terapêuticas também, que vai depender do caso a caso, como elas fazem sentido para os usuários” (PM2).

“[...] o GAM é um dispositivo que a máxima é essa – ‘empoderar’” (PM4).

O Grupo de Gestão Autônoma da Medicação é um Projeto Piloto que acontece no CAPS David Capistrano, semanalmente – todas as terças-feiras, das 14h às 16h e faz parte do projeto terapêutico de alguns usuários. Tem como critério de participação: fazer uso de psicotrópicos por no mínimo um ano, não ter nenhum comprometimento intelectual acentuado que impeça a participação e desejar fazer parte do grupo.

Os coordenadores e facilitadores do projeto – grupo GAM são um aprimorando e uma residente de medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e duas técnicas de enfermagem respectivamente. O público alvo é tido como co-constituidores do grupo com intuito de torna-los multiplicadores, ou seja, usuários pesquisadores e colaboradores da pesquisa, tendo assim o papel de futuros coordenadores e facilitadores dos próximos grupos.

O grupo teve início em agosto de 2011 e caracterizou-se como uma atividade aberta para que todos os usuários que se interessassem pudessem estar participando. A metodologia do grupo desenrola-se baseado no guia que cada participante recebe ao iniciar o grupo. O guia possui seis passos para serem seguidos no total de vinte encontros,

coincidindo com o término do grupo. Esses passos existentes no guia se dividem em duas partes: Parte um: qualidade de vida, composto por quatro passos: 1º - conhecendo um pouco sobre você; 2º - observando a si mesmo; 3º - ampliando a sua autonomia; 4º - conversando sobre os medicamentos mais usados na psiquiatria.

A Parte dois traz para os usuários o caminho para mudanças, abordando esse tema nos dois últimos passos existentes no guia, que são: 5º - por onde andamos; 6º - planejando nossas ações.

No início do grupo participaram dez usuários, porém no decorrer dos encontros se mantiveram um grupo fixo de apenas seis participantes, com restrição para a participação de novos integrantes, se configurando em um dispositivo grupal fechado. Atualmente fazem parte desse grupo seis usuários que participam desde o início.

Como mediadores e mediados do grupo havia usuários, profissionais da unidade – técnicos de enfermagem e também profissionais em formação - residente de medicina, aprimorando e pesquisadores da UNICAMP.

O método se dá pela explanação de temas amplos já trazidos no guia, que são colocados em forma de perguntas, pequenos textos ou frases que possibilitam as discussões do tema, como por exemplo: o que você gosta de fazer? Como é o seu dia? Com quem você conta quando não está bem? Você faz parte de algum grupo fora do CAPS? Os remédios fizeram os efeitos que você estava esperando? Os efeitos dos medicamentos foram explicados a você? Você teve escolha em toma-los ou não? Das coisas que você precisa para viver, quais são mais difíceis de conseguir? Etc.

Essa metodologia se dá numa lógica sequencial em que o término de um tema introduz o outro no próximo encontro, havendo assim uma continuidade dos encontros e todo momento há um *feedback* dos temas já discutidos. No final de cada encontro passa-se uma tarefa que servirá de reflexão das discussões do tema para semana seguinte.

Quando dei início a minha pesquisa de campo o grupo já estava em andamento, em seu décimo encontro. Após permissão e consentimento dos técnicos e usuários me ingressei no grupo como observadora e lá pude verificar a coesão do grupo, o respeito pelas angústias e anseios de cada integrante, o entendimento da subjetividade, além da naturalidade dos integrantes em colocar as suas angústias e ter as respostas sempre direcionadas pelos usuários.

Assim, participei do 11º encontro do grupo cujo tema abordado foi: Rede de Apoio. Inicialmente foi feita uma discussão para revisar o tema do encontro anterior – Ampliando a sua autonomia. Inicia-se com

as informações orientadas pelo guia, mas o tema não é engessado, ou seja, não apenas o tema colocado é discutido, os temas surgem a partir da demanda de cada usuário. As discussões vão desde o questionamento de irregularidades da instituição até a vida particular de cada usuário, perpassando assim pelo tema central proposto pelo guia.

Das discussões que tivemos nesse encontro é relevante relatar o desabafo de um usuário que ao ser abordado sobre a rede de apoio diz que:

“Acho que rede de apoio tem que começar em casa, mas na casa da minha tia onde eu moro, eu sempre sou excluído, nunca me convidam para comer na nessa nas confraternizações que tem lá, nunca sou incluído junto das visitas, dizem que eu faço muito barulho para comer, fico batendo os talheres [...] não gosto de visitas, não fico à vontade, tenho que ficar dentro do quarto e não posso sair e nem fazer barulho e as pessoas ficam na gaitada (risada)”.

A sensação de ser e viver em exclusão traz mais sofrimentos ao usuário, sobretudo para quem após o adoecimento mental tenta construir possibilidades em uma sociedade que se fecha aos diferentes. Os relatos em torno dessas dificuldades trazidas pelo usuário vão ao encontro das nossas lutas diárias na sociedade e com os próprios usuários, que são vítimas do preconceito seguido da ideia de incapacidade e de isolamento social, minimizando a dignidade do ser humano.

Nesse contexto de reflexão, percebemos que uma das configurações do grupo está na valorização da liberação de sentimentos positivos ou negativos, propiciando aos participantes momentos de desabafo e alívio. Além disso, observamos a importância do respeito nos momentos de fala e quando alguém interrompia os usuários diziam: “Ei! Tem que respeitar a fala do outro”. Assim, o usuário continuou relatando:

“Depois que eu levei eletrochoque eu só queria ficar em grupo [...] quando eu estudava, eu não falava com ninguém, isso antes de ser internado no hospital psiquiátrico. Eu ia e voltava e não conversava com ninguém, aí eu fui internado e levei eletrochoque, por isso passei a me relacionar para não mais levar eletrochoque”.

No decorrer das falas um dos usuários relata ter vivido algo parecido, mas reafirma a nova lógica de cuidar, não mais em hospital psiquiátrico, mas dentro dos CAPS, onde todos podem falar e discordar. Porém, mesmo com toda essa mudança de lógica de cuidado, muitas vezes temos isso apenas na teoria, pois em alguns momentos o desejo do usuário é cerceado em detrimento dos padrões impostos pela sociedade e até mesmo pela visão tutelar/protetor de muitos profissionais que trabalham nas equipes de saúde mental, e isso é vislumbrado na fala do usuário nos momentos de desabafo e visto como pertinente e necessário tanto por profissionais quanto por usuários e familiares.

“Acho que ficam me prendendo aqui no CAPS, não me deixam sair para dar uma voltinha no bairro, fico preso aqui até às 17h: 00min e depois vou para casa e fico preso, porque lá não me deixam sair à noite”.

“Mas é para o seu bem, se você sair você irá beber e entrar em crise, por isso é que não te deixam sair, algumas vezes eu também precisei ficar assim e só depois eu percebi que era para o meu bem”.

“O cérebro é uma arma se você não souber usar ao seu favor você usa contra si mesmo”

Assim, surge no grupo a discussão acerca do direito dos cidadãos introduzido por uma questão trazida pelo GAM: você conhece os seus direitos? No conjunto das respostas, é possível inferir restrições ao que indicam serem alguns de direitos básicos de cidadania:

“A gente conhece o direito de ser gente [...] é poder pegar uma parte do meu salário e fazer o que eu quiser”.

Nessa lógica, é possível levantar a questão do que de fato fazemos com os nossos usuários que não tem direito de se calar, nem de falar, de ser dependente e nem de ser independente. Essa questão faz reportar a Benvindo (2010), quando traz que as pessoas em sofrimento mental requerem uma série de apoios e mudanças culturais que façam com que este público seja contemplado com lógicas de cuidado que

promovam e garantam seus direitos, sobretudo, o direito à escolha, ainda que haja a necessidade de apoios especiais.

Observamos no grupo uma participação democrática, com momentos de fala, críticas e desabafo, ficando os profissionais na função de facilitadores na discussão, reportando a todo o momento a opinião dos usuários para tomadas de decisões e divisão de responsabilidades conjuntas. Os temas disparadores da discussão são retirados do guia, mas o foco principal perpassa pelo direcionamento dado pelo usuário tanto para modificar o tema quanto para incrementá-lo com temas relacionados ao cotidiano, e essas discussões extrapolam qualquer referência bibliográfica específica, utilizando uma miscelânea de teorias e paradigmas.

Identificamos que a coordenação do grupo circula entre os profissionais e usuários tendo o nome de coordenador apenas na teoria, não estando posta na prática e no desenrolar das discussões. Percebemos que mesmo tendo divergência entre as opiniões, o respeito à singularidade do outro é preservada e o empoderamento surge desse posicionamento não apenas dos usuários, mas dos profissionais que tem a humildade de dizer para os participantes que estão aprendendo a fazer e esperam fazer melhor, mas para isso precisam do apoio dos usuários.

Descrevendo o Grupo de Referência...

“O grupo de referência é um espaço que coloca os sujeitos para pensarem no projeto terapêutico, pensando no projeto terapêutico não como grade de atividades, mas um projeto de vida e para isso faz-se necessário que o sujeito tenha um maior grau de autonomia, um maior empoderamento” (PM1).

O CAPS David Capistrano utiliza como método de organização da unidade a divisão dos seus profissionais em quatro miniequipes, com uma composição multiprofissional, formada por psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacional, assistentes sociais, atendente de farmácia, técnicos e auxiliares de enfermagem, cuidador em saúde. Essas miniequipes são compostas por uma média de oito profissionais que se responsabilizam pelo cuidado dos usuários matriculados no serviço.

Cada miniequipe divide-se em três ou quatro grupos de referência que possui uma média de vinte usuários de referência. Segundo Souza;

Bagnola (2007), o CAPS passou a operar com as equipes de referência visando à construção de projetos terapêuticos mais singularizados. Dessa forma, a patologia não mais seria utilizada como estratégia orientadora da condução dos casos, pois esta estratégia passaria a ser direcionada pelos terapeutas que considerassem os vínculos ou laços transferenciais com os usuários. Além dessa alteração, foram ampliados os temas relevantes que diziam respeito aos usuários. Entre eles, “a conquista de seus direitos fundamentais, o direito de ir e vir, a alfabetização, o trabalho e a inclusão do familiar e da comunidade no projeto terapêutico” (p.268).

De acordo com Onocko-Campos; Miranda (2008), esse formato de organização em equipe possibilitou também compartilhar os casos, reduzindo o contato solitário com os usuários e potencializando o trabalho interdisciplinar. Essa disponibilidade do cuidado permitiu uma maior aproximação do usuário à construção do seu projeto terapêutico, por traduzir necessidades, desejos, possibilidades e limites.

A periodicidade de encontros fica a critério de cada grupo, tendo a frequência mínima sendo realizada semanalmente e a máxima quinzenalmente. Tive a oportunidade de acompanhar um dos grupos de referência que se reuniam quinzenalmente. Este grupo tem como equipe de referência um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e um técnico de enfermagem e uma participação média de dez usuários em cada encontro. A ausência de alguns usuários justificou-se pela participação em outras atividades na unidade conforme projeto terapêutico.

O método de desenvolvimento do grupo de referência pauta-se em métodos singulares conforme as características e perfis tanto dos usuários quanto dos profissionais que a desenvolve. Alguns grupos baseiam-se na formação de vínculo e na responsabilização do sujeito quanto ao seu tratamento; outros perpassam pela descentralização do poder, circulação de informações; e por fim grupos que abordam as duas vertentes.

“Cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário” (BRASIL, 2004a, p.9).

No grupo de referência que participei havia três mediadores – profissionais – que utilizaram o método da roda como estratégia para

fazer uma avaliação dos projetos terapêuticos, para aguçar as discussões e permitir que os usuários estejam naquele espaço não apenas como uma referência/participante, mas como facilitador nas discussões e autor de seu projeto terapêutico. Nesse grupo pude vivenciar estratégias de formação de vínculo não apenas entre o profissional e o usuário, mas também entre os próprios usuários, que a partir da abertura em se discutir o projeto terapêutico do colega se aproxima de suas dificuldades e angústias e se predispõe a ajudar e a colaborar para melhora do outro, do seu projeto de vida.

“[...] o grupo de referência é um espaço muito potente que funciona de forma multiprofissional (duplas ou trios), mas é um espaço de encontro dos usuários que tem a perspectiva do usuário protagonizar a própria vida, no sentido de poder discutir o seu tratamento, poder construir um projeto terapêutico para ele que vá além das atividades, porque muitas vezes a gente fala de projeto terapêutico mas prescreve atividades. Projeto de vida não é isso. O momento de troca entre os usuários em que eles podem passar e refletir sobre a própria vida, sobre as próprias escolhas, por exemplo, eu acho que isso é um gerador de empoderamento” (PM4).

Essa fala retrata bem o que foi observado no desenrolar desse grupo, a formação não apenas de um projeto terapêutico na unidade, mas de um projeto de vida com a participação e colaboração tanto do próprio usuário quando dos demais participantes. Dessa forma, neste grupo, podemos ampliar o componente do processo de cuidado aos usuários e familiares, ao permitirmos momentos de fala e ao mesmo tempo tornarmos sensíveis para, a partir do discurso, detectarmos a necessidade de cada um.

“Quando estou em dificuldades ou preciso de alguma coisa procuro a minha equipe de referência, porque me transmite confiança e me permite falar às coisas que me incomodam e precisam mudar, não apenas medicamentos, mas nas minhas relações fora daqui [...] Esse grupo me empodera porque me faz pensar sobre a minha vida” (U3).

As discussões de cada projeto pauta-se na avaliação, feita primeiro pelo usuário, baseada no questionamento de como está à vida; se as estratégias existentes no projeto terapêutico traçado em conjunto estão dando um retorno, está melhorando a sua condição de vida e trazendo benefícios. A partir da fala de um usuário, o facilitador traz para cena da discussão outros usuários para fazer com que todos entendam o problema do colega e este possa se colocar no grupo para uma avaliação do seu projeto ou para ajudar na reconstrução do projeto do outro.

A continuidade do grupo se dá apenas quando se faz necessário retomar o projeto terapêutico de algum usuário, pois os temas são livres e diversos, porém retornam de acordo à necessidade e a temática trazida por cada usuário. Não há um planejamento prévio, a não ser que necessite trazer algo que ficou em aberto no encontro anterior, assim, os usuários e técnicos responsáveis trazem o tema no próximo encontro.

No final de cada grupo, os usuários se retiram e os técnicos se reúnem para fazerem as alterações devidas dos projetos terapêuticos nos prontuários de suas referências e discutem os casos. Se necessário, selecionam os casos que deverão ser levados para a reunião geral de equipe, como tópicos relevantes para o conhecimento de todos.

Descrevendo o Grupo de Família...

O grupo de família existente no CAPS David ocorre semanalmente, todas às quartas feiras, com duração de duas horas, tendo como responsável uma psicóloga que deu início ao grupo com intuito de ir se afastando para que o mesmo comece a ser desenvolvido pelos próprios familiares. Esse grupo de família foi se moldando a partir de uma capacitação de Ajuda e Suporte Mútuo, desenvolvido na cidade de Campinas/SP, com a mediação do professor Eduardo Mourão Vasconcelos, que teve a participação de profissionais, usuários e familiares da rede de saúde mental deste município.

É um grupo aberto à participação de todos os familiares que desejam fazer parte, mas é frequentado, em sua maioria, por mulheres: mães, esposas, filhas, que vão assiduamente ao grupo com o propósito de desabafar, realizar troca de experiências e também aprender.

Segundo Pegoraro; Caldana (2008) são as mulheres do núcleo familiar, mães, irmãs e avós, que cuidam ou se responsabilizam por usuários de serviços de saúde mental. Porém, sabemos que a mulher, assim como a família, não se encontra apenas na condição de prestadores do cuidado, pois em muitos momentos demandam cuidados.

“O grupo de família é muito importante, a atenção que elas dão para a gente, a conversa, a gente desabafa. Para mim foi muito importante, ajudou muito, porque eu me achava assim à última, porque eu tive um filho desse jeito. Aí eu vejo que as pessoas também têm outros (problemas) muito piores. [...] É um desabafo, a gente conversa muito, a gente discute os problemas, tudo, parece que a gente sai de lá mais leve [...] isso é muito bom para as famílias” (F1).

Baseados nessa fala e na vivência no grupo, podemos identificar que o método utilizado para desenvolvê-lo se assemelha ao Grupo de Ajuda Mútua, configurado como espaço onde o exercício de papéis formais de responsabilidade pode tornar-se mecanismo de empoderamento, pois permite que os participantes vejam claramente que a prevalência do grupo depende diretamente da troca de experiências, do desejo do familiar em dividir as suas angústias e apresentar suas vivências.

De acordo com Rappaport (1990), os grupos de ajuda mútua são grupos de pessoas com o mesmo problema, que se apoiam entre si e constituem uma rede informal, que se caracterizam pela independência em relação aos profissionais e ao Estado, e por serem alternativas à burocratização e à desumanização.

Além disso, a partir das abordagens de ajuda mútua, é possível se desenvolver atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, como o cuidado informal ao outro, ajuda nas tarefas diárias, nos problemas do cotidiano. A ajuda mútua possibilita o apoio aos indivíduos na resolução de seus problemas, e estabelece uma rede de amizade, uma rede de ajuda emocional (VASCONCELOS, 2003).

“[...] grupo de família me ajuda bastante porque a gente aprende. A palavra aqui não é em vão, nenhuma palavra é em vão. O que ajuda a gente é aprender mesmo, é o aprendizado mesmo, porque normalmente a gente já sabe que não é só a gente que tem o problema, muitas pessoas têm os mesmos problemas, então é uma palavra que a gente acata vai servir no dia a dia, nada que eles estão falando é em vão, as experiências tudo” (F3).

O grupo se desenvolve com a coordenação de um familiar que se coloca na posição de mediador do grupo e condutor das falas, aproximando assim dos participantes por ser identificado como alguém que passa por problemas parecidos e compartilha de dores semelhantes. O técnico da unidade coloca-se como apoiador que não está presente em todos os momentos, mas que fica na retaguarda do grupo para ser acionado quando necessário.

Percebemos assim que o processo de ajuda mútua, configurado na ação do grupo de família, funciona como um espaço de acolhimento das experiências de vida dos seus participantes. Essas experiências possibilitam a ampliação da capacidade de lidar com os seus problemas. Essa autonomização e aprendizado trazido nas falas e vivências de cada família ratificam o poder empoderador de grupos que se moldam baseados na ajuda mútua, que permite a fala e a escuta, a troca e o aprendizado, o direito e o dever de cuidar e ser cuidado.

Descrevendo o Grupo – Assembleia

No intuito de organizar a integralidade das ações, o acesso universal, a participação democrática, considerando a atenção à pessoa com sofrimento mental no âmbito da cidadania e não se limitando apenas à assistência, instituiu-se no CAPS a prática da assembleia.

Essa concepção ratifica e reforça o caráter de mudança do modelo assistencial fruto da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propõe o protagonismo dos seus usuários na forma de participação e cogestão dos serviços que prestam assistência de saúde mental.

Nesse contexto, usuários e profissionais, na sua maioria, trazem o dispositivo ‘assembleia’ como referência dentre os dispositivos de empoderamento da saúde mental. A assembleia acontece semanalmente, às segundas feiras, às 11 h, com a participação livre de usuários, bem como de familiares que desejam fazer parte, sendo que todos são convidados pelos profissionais a estarem presentes. No período da coleta de dados pudemos observar uma média de participação na assembleia de quatro profissionais e 30 usuários, alguns com a presença constante e outros esporadicamente.

Esse dispositivo se dá pela participação dos usuários nas decisões tomadas no serviço, possibilitando a melhoria do cuidado a partir do posicionamento crítico e político dos usuários e familiares.

“A assembleia, que embora às vezes esteja muito esvaziada, é um lugar onde a proposta é essa: o

empoderamento das pessoas inclusive politicamente, para tomarem para si o que vão decidir, para que esse serviço exista. Então, para mim assim, o maior de empoderamento deveria ser a assembleia, quando muito não é assim” (PM2).

“Acho que a assembleia também traz bastante isso. A assembleia todas as segundas, com o poder da palavra. Porque é um espaço democrático, deliberativos onde todos podem falar; um espaço aberto e voluntário. E da assembleia saem várias decisões. A gente faz o convite em todas as atividades falando das assembleias todas as segundas as 11 horas, mas eles participam como eles querem. E a partir daí são tomadas várias decisões, como foi da comida, da violência, a festa de final de ano, a pescaria, estão tudo sendo decididos em assembleia” (PM3).

“Acho que as assembleias, do ponto de vista social, elas vieram para isso né, acho que a reforma trouxe para dentro aí com a ajuda de vários históricos importantes pra pensar essa coisa da gestão coletiva e tal e eu acho que ela tende a isso, ela produz isso” (PI1).

Vemos então que a assembleia é configurada como um espaço protagonizado pelo usuário, podendo ser um instrumento estratégico para o funcionamento do serviço, onde podem ser feitas as escolhas, os pactos, os acordos e realizadas as queixas para qualificarem tanto o cuidado como a organização do serviço como um todo. Os profissionais e usuários são responsáveis por convidar todos que fazem parte do serviço a estarem participando da assembleia. Como estratégia, os profissionais e os próprios usuários utilizam os espaços das oficinas, atividades grupais e os encontros informais para fazerem esse papel.

“Eu acho que a agente tem um papel importante porque a gente remete muito eles para a assembleia. Por exemplo, aparece alguma coisa no grupo de referência, a gente fala: ‘Pô! Seria legal se você levasse isso para a assembleia’. Quando é uma queixa e o usuário fala: resolve isso para mim, eu falo: ‘ah! Eu acho que você deveria levar

isso para assembleia'. Nesse espaço, eles podem trazer as reclamações, as coisas que foram construídas juntas o quanto foi bom o quanto foi ruim, os pontos positivos e negativos e o como a gente articular as coisas que estão ruins com a rede, com o governo em si, e o que a gente vai fazer para além do CAPS, quais os dispositivos que a gente tem para poder mudar assim. É uma coexistência de fato, assim que a gente faz" (PI3).

Então, a estratégia para execução da assembleia se dá pelo convite e, ao mesmo tempo, várias questões de conflito são remetidas para que os usuários discutam em assembleia. Porém, não basta apenas convidar, tem a ver com a forma com que são validados e remetidos os conflitos do dia a dia para que sejam discutidos em assembleia.

"Ainda acredito que o espaço de assembleia é um espaço que pode empoderar os usuários e até mesmo os trabalhadores desde que ele seja investido e acho que é muito difícil porque as pessoas não tem a cultura de sentar para discutir sobre os problemas e também para pensar soluções coletivamente, é sempre o outro que tem que te dar uma resposta" (PI2).

Nesse espaço, a coordenação das falas circula por diferentes atores, não havendo uma pessoa central que coordena, mas existem profissionais e usuários, com características de liderança que mediam os conflitos quando surgem. São passadas as pautas, um dos usuários se responsabiliza pela ata e começam assim as discussões e informes conforme a ordem que foi solicitada. Observamos que a assembleia configura-se como um lugar democrático, que permite circular as falas dando espaço para que todos se expressem acerca do tema exposto concordando ou até mesmo discordando das colocações, prevalecendo assim o respeito dos diferentes pensamentos.

O momento é utilizado para organização da unidade, preparação de eventos, encaminhamentos das queixas dos usuários acerca da alimentação, higienização, autocuidado, e demais demandas que os usuários, familiares e profissionais julgarem necessárias. Após cada pauta são dados os devidos encaminhamentos, como por exemplo, temas que serão levados à reunião de equipe, organização de eventos festivos e

passeios externos, ficando alguns usuários responsáveis tanto pela execução quanto pela fiscalização dos mesmos.

Assim, pudemos verificar que em cada ação decidida em assembleia havia como resposta, um encaminhamento ou um protocolo de ação que fica a cargo de um dos profissionais, que esteve presente na assembleia, está levando às sugestões para reunião de equipe. As decisões tomadas em equipe são repassadas a dois ou mais usuários encarregados de transmiti-las ou até mesmo na próxima assembleia elas são informadas. Percebemos com isso que a assembleia permite aos usuários opinarem acerca do processo de cuidado em saúde mental no CAPS, mas não se configura como um espaço legítimo de decisão.

Dessa forma, apesar de termos vistos nesse espaço usuários e familiares exporem as suas angústias, anseios e opinarem acerca do fluxo e funcionamento da unidade, da criação de hipóteses para os casos e do planejamento das próximas ações e atividades externas, verificamos, no entanto, que a decisão final baseada nos resultados do grupo assembleia fica a cargo da equipe técnica. O poder de gestão ainda está ligado à reunião de equipe que se faz central nas tomadas de decisão da unidade. Essa configuração nos leva a refletir acerca da posição da assembleia no processo de gestão da unidade. Verificamos que o espaço da assembleia está na fala de profissionais como um local potente de empoderamento e promotor da cogestão, mas percebemos que a visibilidade dessa potência se perde na prática quando não encontramos um espaço deliberativo, com um quantitativo maior de profissionais presentes nesse dispositivo.

Então, podemos pensar o lugar que é dado a esse dispositivo, trazendo como referência a tradição da psicoterapia institucional francesa e das comunidades terapêuticas inglesas mais avançadas, em que toda a equipe é chamada a estar na assembleia, e esta acaba virando ‘o’ dispositivo central de decisões do CAPS, o que também faz com que todos os profissionais escutem a voz dos usuários e de seus familiares.

Descrevendo a Oficina de Futebol...

“[...] é poder fazer o que a gente gosta e aqui no CAPS o que me empodera é o futebol” (U1).

Quando foram questionados quais atividades traziam um maior empoderamento aos usuários, tivemos a surpresa de ter a oficina de futebol indicada como um dispositivo significativo neste sentido (no processo de empoderamento), cabendo-nos, então, vivenciarmos essa

atividade para podermos desvendar o segredo do futebol na vida dos usuários.

A oficina de futebol do CAPS David Capistrano ocorre semanalmente, às quartas feiras à tarde com a participação de profissionais, usuários e aprimorando da UNICAMP. No formato que a atividade é realizada, não é possível identificar se existe de fato uma pessoa que se coloca no lugar de coordenador e participante. Mas na organização do quadro de atividades, observamos que dois profissionais, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, estão responsáveis em convidar os usuários a participar, mas no desenrolar do jogo, esse papel passeia por vários atores, ou melhor, jogadores.

Essa oficina ocorre no território¹⁰, em um campo sintético de uma escola da comunidade que fica a cerca de 200 metros do CAPS. Funciona como uma atividade de integração, descontração, amizade, parceria, encontro das diferenças, onde todos são iguais e trabalham em prol de um objetivo comum – fazer gol.

A oficina de futebol já é um espaço consolidado e reconhecido por usuários, familiares, profissionais e comunidade. Isso se deve ao fato de ser uma atividade que já existe há alguns anos e além de ter uma boa adesão dos usuários, extrapola os muros dos serviços, sendo observados nas disputas de torneios e campeonatos interserviços 'intercaps' realizados entre os CAPS de Campinas.

Ao chegar ao campo de futebol fiquei apenas observando o movimento e a organização, sem gravar, sem perguntar, apenas para tentar entender como se dá a interação de usuários que, mesmo em crise, não deixam de participar e de ser acolhidos na atividade.

“o que me empodera mesmo é o futebol, pois lá posso fazer o que sempre fiz e não ser julgado, não ser perseguido, ficam apenas me aplaudindo e parabenizando. Nesse momento não existe profissional e usuário, todo somos jogadores”

Pude observar momentos de alegria, descontração, encontros e também desencontros, mas sempre resolvidos ‘na esportiva’, sem

10 Território não apenas como recorte do espaço para organização da atenção e cuidado (adscrito), mas no sentido de território como âmbito de atuação, “como um princípio constitutivo dos processos de trabalho e das práticas de cuidado, ou seja, um componente da construção de um modelo de cuidado territorial” (LEMKE, 2009, p.20).

discussões e com entendimento. Percebe-se que o futebol permite ao usuário estar livre nesses momentos onde não há vozes, vultos ou perseguições que os impeçam de participarem e se divertirem de forma coletiva.

Outro fato interessante é a participação de usuários, moradores da residência terapêutica¹¹, que mesmo sem jogar, pelas limitações motoras e deficiências de natureza neurológicas provenientes das sequelas provocadas pelos longos períodos de internações psiquiátricas, fazem questão de prestigiarem os colegas, auxiliarem na arrumação do lanche e torcerem como se estivessem em um estádio de futebol.

Nesse contexto, observamos momentos em que os usuários protagonizam a cena com lindas jogadas e belos gols e também como árbitros da partida, ficando responsáveis pela marcação das faltas, laterais, escanteios. Para os usuários, tanto os que vivenciam a oficina como árbitros ou jogadores, quanto os que torcem ou se tornam colaboradores na organização do jogo, a oficina de futebol representa um espaço integrante do processo de tratamento no qual são convidados para além da torcida e da participação na partida, mas para serem protagonistas na oficina. Isso se torna visível na prática e reconhecido pelos profissionais

“[...] a oficina de futebol é um ganho muito importante para eles e para nós, porque sabemos que muitos deles antes jogavam futebol e hoje estão apenas mostrando que o talento não se perde com as limitações do adoecimento mental, precisamos apenas enxergar que as potencialidades de cada um não se perdem, apenas ficam esquecidas” (PM4).

Nessa oficina os usuários são participantes ativos em um processo no qual suas vozes são valorizadas e suas opiniões relevantes para os jogadores. De acordo com Wachs, essas decisões tomadas e administradas pelos usuários indicam que eles estão resolvendo seus conflitos. De certo modo, “esse pequeno universo do futebol possibilita

11 “[...] entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2004b, p.6).

aos usuários, mesmo que brevemente, tornarem protagonistas na gestão de suas próprias vidas” (2008, p. 118).

Percebemos assim que esse dispositivo vai além da dimensão de participar de um ritual com enorme componente de identidade cultural brasileira. É possível que o desempenho dos jogadores abra novas possibilidades de prestígio e reconhecimento para pessoas que por outras razões não o possam ter. Além disso, há uma relação necessária com a lei (as regras) e a autoridade (o juiz) que abre uma possibilidade de ritualizar na prática um jogo simbólico importante, particularmente para pessoas com o diagnóstico de psicose, cuja relação com função simbólica paterna (com a Lei da cultura) é estruturalmente mais difícil.

Descrevendo a Oficina de Rádio...

O Estúdio Ondas Mentais tem o seu nome escolhido pelos usuários e leva como lema: *‘uma parceria pela vida’*, sendo desenvolvida no Centro de Convivência Tear das Artes. Tem o propósito de fazer emergir a voz do usuário, da comunidade, a partir das ações conjuntas entre o responsável técnico, que é um profissional formado em música, e os participantes da oficina. A responsabilidade técnica se dá apenas para direcionar os aspectos da gravação, controle de áudio e edição, pois esse profissional deixa emergir a figura dos sujeitos participantes como atores principais da oficina, tanto na execução quanto no planejamento e tomadas de decisões.

A oficina Ondas Mentais é um projeto antigo que funciona há cinco anos, com uma característica peculiar de, apesar de ser uma oficina aberta à comunidade, possui participantes fixos que se colocam responsáveis por papéis específicos da programação. Tem uma média de seis participantes; alguns são usuários do CAPS, outros fazem acompanhamento em alguma unidade de saúde mental, e ainda alguns estão aposentados e procuram a oficina para relatar as suas experiências e criar uma rede de amizades. Para alguns usuários a oficina de rádio faz parte de seu projeto terapêutico, um dispositivo de empoderamento que se tornou uma atividade ponte para a sua reinserção social.

Podemos observar esse empoderamento, na fala de um familiar, ao ser questionado acerca dos dispositivos de empoderamento, pois o considera significativo para a vida não apenas do usuário, mas da família

“[...] a oficina de rádio ele esta até hoje e isso incentivou bastante. A programação que ele

participa na rádio Maluco Beleza foi um passo para ele muito importante que através disso meu filho começou a viver, viver e viver muito bem. Eu fico muito emocionada quando ele sai de casa e fala assim ‘mãe eu vou gravar o programa de rádio’ que é o Maluco Beleza e quando eu escuto a voz dele a noite no rádio eu fico toda emocionada, tanto dele quanto de todos os companheiros de trabalho da rádio. Tudo isso colaborou, colaborou” (F2).

A rádio é a voz expressa em forma de desabafo e conquista, permitindo momentos de debate, requerendo a participação de todos com suas subjetividades e singularidades. Baseado nessa subjetividade e singularidade é realizado o planejamento e montado a sequência do programa, configurando-se diferentes quadros dentro do programa maior – Ondas Mentais. Cada usuário fica responsável pelo seu quadro, que possui a sua própria vinheta, com tempo dividido igualmente para cada participante instituído e pactuado no grupo.

Os quadros que formam o programa são variados e montados a partir das afinidades de cada sujeito, sendo singularizado a cada início e retorno nos intervalos musicais através da introdução de uma vinheta específica de cada quadro. Descrevendo resumidamente o programa

[...] ele se divide em quadros separados por intervalos musicais onde as músicas são de autoria dos próprios participantes da oficina. O programa se inicia, por exemplo, com o tema das viagens pelo mundo, surge assim à vinheta das viagens. Esse quadro do programa é de responsabilidade de um usuário que tem o *robbie* de viajar pelo mundo e com isso apresenta as diversas viagens que já realizou, se responsabilizando por estudar e apresentar a cada semana os costumes e cultura de uma cidade, ou país diferente. Após o intervalo lança-se mais um quadro do programa com a participação de outro usuário que tem uma matéria sobre filmes e no programa sua participação se dá em apresentar a cada semana um filme de sua preferência, e fazer críticas do autor ou da obra como um todo. Temos ainda quadros relacionados com a apresentação de poesias de autoria do usuário e estando o mesmo responsável por recita-

las e por fim, o quadro de um usuário mais eclético chamado um ‘dedo de prosa’ que aborda temas variados sobre saúde, direitos e deveres, cidadania, participação, cuidados, dentre outros (Diário de Campo, 04 de novembro de 2011).

Assim vão acontecendo não necessariamente na mesma sequência e nem com todos os quadros na mesma semana, pois sabemos das dificuldades inerentes ao dia a dia de cada sujeito que nem sempre pode estar presente em toda oficina, mas se fazem presentes na medida do possível, a ponto de tornar esses quadros fixos na programação do Programa Ondas Mentais.

O profissional, nessa oficina, coloca-se como mediador de debates, parceiro dos usuários e de fato técnico para execução e materialização do programa, pois após as gravações será feita a edição e encaminhada, semanalmente, à Rádio Maluco Beleza onde o programa Ondas mentais é veiculado. Assim, com uma conversa a respeito do efeito terapêutico da oficina de rádio que torna esse dispositivo empoderador, o profissional responsável relata que

“O empoderamento está em ouvir a voz que foi registrada e irá entrar na casa de muita gente. E aí quem canta, canta, quem escreve poesia, recita poesia. Isso acontece porque o programa não tem uma regra, não existe censura, tem apenas um formato, porque daí o programa tem que ter um formato. Ele dura uma hora, é semanal. Ele tem uma hora de duração, ele tem as músicas, a gente veicula os artistas que gravam aqui, então a gente não põe música de gente que é famosa que é conhecido. Para nós não interessa promover quem já está promovido nessa vida né? Então a gente coloca os artistas que participam da oficina, a gente põe para tocar no programa. Então cada um tem seus cinco minutos para falar, então ninguém também pode se estender a esses cinco minutos (Diário de Campo, 06 de novembro de 2011).

E quando estendido essa conversa para o usuário, que tem em seu projeto terapêutico a oficina de radio, ele expressa que o empoderamento para ele está na posição que ele ocupa na oficina, que

além de participar, ele é corresponsável por ela existir. Para ele, o terapêutico do dispositivo está em

“[...] ser locutor de rádio, sabe por quê? Porque na década de 40, 50, 60 e 70 e até na década de 80, quem ficava doente psicologicamente não tinha a palavra, não tinha voz, não tinha identidade; ficava no manicômio até a sua morte ou ficava com sequelas. No meu caso não, eu sou o porta voz, não só eu como os meus colegas que fazem rádio no Maluco Beleza, somos os porta voz dos que se calaram por muitos anos. Então para nós é muito legal isso aí, eles estarem ouvindo, apoiarem a reforma psiquiátrica isso é importante” (U3).

Assim, vemos nessa oficina o usuário sempre na posição de protagonista, tendo sua essência personificada em cada quadro que se constrói a partir do desejo e da autonomia que lhe é assegurado para planejar, executar e direcionar algo que acredita. Além disso, temos em sua marca do respeito, permitindo ao usuário o espaço de expressar as suas crenças e reivindicações.

Descrevendo a Oficina de Culinária Harmonia dos Sabores...

A Oficina de Culinária Harmonia dos Sabores foi criada pela junção de duas oficinas de culinária Mania de Recheio e Água na Boca, sendo instalada no Centro de Convivência Tear das Artes.

É uma oficina fechada, com a participação de dez usuários, sendo todos matriculados no CAPS e também dois facilitadores sendo uma terapeuta ocupacional e um psicólogo. Não é uma oficina aberta por ser uma oficina de geração de renda, e pela dinâmica de funcionamento da oficina, pois existe um número limite de dez participantes, justificado tanto para os usuários circularem no espaço físico, compor escala, fazer produção quanto após a divisão dos lucros permitir um ganho financeiro melhor.

Traz como objetivo geral a geração de renda para os usuários, mas os facilitadores vão além, trazendo que

[...] é o que a gente fala a renda mesmo, hoje apesar deles estarem com uma lucratividade boa, a gente não consegue por exemplo chegar a um

salário, nem a um salário mínimo, quem dirá a um salário fixo, vamos dizer assim, mas é gerar tantos outros valores, iniciativa, autonomia, crítica, responsabilidade, disponibilidade de poder estar fazendo as coisas é fazer inclusão por meio do trabalho (DIÁRIO DE CAMPO, 13 DE NOVEMBRO DE 2011).

A oficina é realizada com base nos princípios da economia solidária que vem não só para a oficina de geração de renda em saúde mental, mas como cooperativa e oficina de geração de renda para toda a comunidade, buscando trabalhar com a autogestão, para que os próprios usuários sejam gestores do seu próprio trabalho, estando os facilitadores apenas na posição de apoiadores e potencializadores da autonomia e criatividade dos sujeitos.

“A oficina de culinária, conforme ela é conduzida e qual é o princípio dessa clínica, eu acredito que também seja um espaço de empoderamento” (PI1).

Os princípios da economia solidária, de acordo com Nascimento (2006), trazem como elementos decisivos para democratização da pequena produção, a consolidação do trabalho cooperativo, o estímulo à autogestão e as formas diferenciadas de produção voltadas ao interesse comum.

“Então pode ser uma oficina que aparentemente não tenha uma direção tão focada no empoderamento, não ter necessariamente essa proposta como objetivo principal, mas ela pode vir a gerar o empoderamento dependendo da atitude dos terapeutas, vai desse cuidado” (PM3).

Pautada nesses princípios, a oficina se organiza com um funcionamento diário, de segunda a sexta feira, das 09 h às 16 h, com três dias de exposição externa – a feira¹², que funciona as segundas, quartas e quintas feiras, onde realizam a maioria das vendas.

12 A feira é uma barraca que colocam no pátio do Hospital Ouro Verde, localizado nas proximidades do centro de Convivência, onde existe um grande fluxo de pessoas que funcionários que se tornaram clientes da Barraca Harmonia dos Sabores.

Às terças feiras o dia todo e às sextas feiras à tarde, os usuários não vão para feira, mas estão em produção, onde dividem as massas de pastel, preparam os recheios e os demais ingredientes para serem vendidos tanto na cantina que possuem no Centro de Convivência e Cooperativa Tear das Artes, quanto para serem levados para feira. As sextas feiras pela manhã é realizado a reunião de equipe onde são discutidos o processo de trabalho, sua organização e planejamento. Nesse mesmo dia, durante à tarde, é finalizada a confecção que ficou pendente e deixado tudo pronto para a feira de segunda.

“As atividades de culinária, lá eles aprendem a fazer salgadinho” (F1).

“No tear tem a oficina de culinária. [...] eu acho que ela produz efeitos diferentes em casa usuário, mas vejo uns que se apropriam delas e eu acho que se empoderam com ela, eu acho que é um meio interessante” (PM3).

A oficina ocorre na cozinha do Centro de Convivência, que possui fogão industrial, utensílios domésticos, geladeira, dentre outros, utilizados na confecção e armazenamento dos produtos produzidos e vendidos pelos usuários. Todo processo de produção e venda se dá pelos usuários sem a participação direta dos profissionais.

Segundo Albuquerque (2003), o exercício do poder compartilhado propicia a autonomia do coletivo de trabalhadores e qualifica as relações sociais de cooperação. Nesse contexto, os profissionais atuam apenas como facilitadores e apoiadores nas reuniões, nas discussões de problemas que não puderam ser resolvidos sozinhos e na divisão do lucro juntamente com os usuários. O trabalho maior se dá na relevância de mostrar para cada usuário o seu potencial e que o estar nessa oficina extrapola o terapêutico e torna-se de fato uma fonte de renda para cada usuário.

Atualmente, todas as despesas da oficina são pagas com o dinheiro que os usuários recebem das vendas, inclusive a própria partilha no final do mês é conforme o lucro que eles têm entre gastos e ganhos, tendo o cuidado de deixar uma reserva para começar o próximo mês. Para controle do caixa, a equipe da oficina, ou seja, os usuários e facilitadores, fazem uso de um livro caixa onde são feitas todas as

entradas e saídas durante o mês, fechando a contabilidade mensalmente para posteriormente, após pagar as despesas, fazerem o fechamento e a divisão dos lucros entre os participantes.

A divisão do lucro foi estabelecida em equipe da seguinte forma: os usuários preenchem a mesma ficha de ponto exigida para os profissionais, porém não de forma rígida, apenas para controle. O repasse dos lucros é realizado de acordo com as horas trabalhadas e a sua utilização é gerida pelo próprio usuário.

Dessa forma, observamos que alguns usuários não apresentam essa oficina como parte de seu projeto terapêutico de tratamento, mas como um modo de trabalho e geração de renda, pois quando questionados da posição que ocupam no serviço, eles relatam serem oficinheiros ou então parte da equipe de Centro de Convivência, não mais, ou apenas, usuários do CAPS. Eles conseguem ver a sutil diferença entre o local de trabalho e que o ganho secundário é terapêutico, permitindo que a oficina trabalhe o terapêutico gerando renda.

E esse trabalho está pautado no talento e nas habilidades culinárias, administrativas e de relacionamento que cada participante possui, pois não tiveram capacitação para produzirem os pastéis, para serem administradores, apenas recebendo curso da vigilância sanitária acerca dos cuidados com os alimentos e cursos com nutricionistas para saberem lidar com as questões de preparo, higienização e condicionamento dos produtos. As atividades existentes, desde o preparo à venda, são divididas por eles, e o rodízio dessas é feito a partir das demandas, do cansaço, de alguém estar enjoado de fazer só aquela atividade, de querer aprender a fazer algo diferente, e dessa forma, eles vão se organizando no cotidiano. Quando existe a entrada de um novo integrante, os próprios usuários se encarregam de ensiná-lo à rotina e capacitá-lo.

Nessas vivências de grupos e oficinas observamos como pontos em comum a busca pela autonomia, pelo protagonismo e pela corresponsabilização dos usuários no seu projeto terapêutico nos serviços e do seu projeto de vida. Essas experiências perpassam pela troca, pelo reconhecimento do potencial e principalmente pelo encontro de pessoas que, mesmo sendo diferentes, convivem entre si por um objetivo semelhante, pelo alcance da sua dignidade e direito de cidadania.

Nesse interim, aproveitando a discussão do foco do empoderamento apresentado pela cogestão do processo de organização e cuidado, assim como a gestão coletiva como pontos fortalecedores do

empoderamento dos usuários e familiares do serviço faremos uma comparação acerca desses dispositivos, sendo alguns trazidos com mais ênfase pelos profissionais e outros pelos usuários e familiares.

Comparando os dispositivos de empoderamento visto pelos usuários, familiares e profissionais

No decorrer do trabalho de campo tivemos a oportunidade de estar, conviver, trocar informações, bater papo, dividir as angústias e participar de ações que foram fundamentais na reinserção dos usuários na sociedade, possibilitando assim a redução das barreiras montadas, às vezes, pelos próprios usuários, familiares e profissionais que não conseguiam enxergar o potencial existente em cada um, tornando-se um bloqueio ou um bloqueador para o empoderamento.

Dessas ações apresentadas como dispositivos tivemos abordagens diversas, mas que convergiam pelos objetivos e finalidades. Dentre os dispositivos de empoderamento houve semelhanças e diferenças entre os pontos de vista do usuário, familiar e profissional.

Na visão dos usuários, os dispositivos, para serem considerados empoderadores, devem permiti-los fazer aquilo que desejam, tenham afinidade, gostem e se sintam bem. Essas ações algumas vezes foram identificadas como atividades almejadas pelos usuários antes, durante ou após o adoecimento, e também atividades que eles já desenvolviam antes de adoecer e tiveram que abandonar. Além disso, tivemos uma grande menção às ações que traziam informações e permitiam a produção de conhecimento ao usuário e familiar, sendo uma ferramenta de poder para os mesmos lidarem melhor com o adoecimento ou até mesmo direcionar suas vidas.

Assim, dos dispositivos apresentados pelos usuários que são considerados importantes para seu empoderamento, foram trazidos em ordem decrescente: o grupo GAM, a oficina de futebol, a oficina de rádio, o grupo de referência e por fim a assembleia.

Os familiares relataram dispositivos que os empoderam e também os que trouxeram mudanças na vida do filho, do marido, do amigo. Desses foram colocados: o grupo de família, a oficina de rádio e também a oficina de culinária.

Já os dispositivos relatados pelos profissionais tiveram um critério mais teórico de escolha, baseado na conformação de fato da autonomia, do direito a fala e do protagonismo dos usuários nessas ações. Foram apresentados então como dispositivos de empoderamento em ordem decrescente: grupo assembleia, o grupo GAM, o grupo de

família, o grupo de referência, a oficina de futebol, a oficina de culinária, a oficina de rádio.

Observamos que mesmo as oficinas sendo as mesmas, em alguns momentos elas são divididas pela avaliação cognitiva e subjetiva acerca do empoderamento por cada grupo de entrevistados. De nossa parte, é possível fazer algumas inferências, indicadas a seguir.

Os profissionais, em sua maioria, possuem um entendimento aprofundado da importância do empoderamento no desenvolvimento das suas oficinas e dispositivos, permitindo assim o alcance do objetivo de reinserção social, o aumento da autonomia, a responsabilização dos sujeitos, fazendo com que o CAPS seja um local de ‘passagem’ dos usuários, que após sua estabilização psíquica consiga desenvolver suas ações básicas de vida com a utilização de outros dispositivos da rede, conseguindo assim sustentar a admissão e a permanência de casos graves e persistentes.

Outro achado interessante é a posição colocada para o grupo assembleia pelos usuários e profissionais. Os usuários apresentam esse dispositivo como algo escorregadio que nem sempre consegue suprir as suas necessidades imediatas, ou seja, as suas demandas, sendo trazido não como o mais empoderador, mas como um grupo que por permitir as falas, torna-se um espaço importante. Contudo, os profissionais classificam a mesma atividade como a mais empoderadora, pois, na teoria consegue contemplar vários preceitos do empoderamento – gestão coletiva, cogestão, autonomia, participação, militância, dentre outras. Fazendo um contraponto com a prática percebemos que apesar da assembleia ser para os usuários e familiares um momento de fala, críticas e sugestões, esta não se configura como um dispositivo que permita a gestão, pois as decisões ali tomadas ficam a cargo da aceitação de uma equipe que não e faz presente em sua maioria para tornar esse espaço legítimo nas decisões conjuntas de usuários, familiares e profissionais.

Contudo, apesar desta diversidade na avaliação dos dispositivos como empoderadores, que certamente tem razões institucionais e subjetivas, para nós o importante é termos uma variedade de dispositivos que consiga se aproximar dos objetivos e desejos, e reduzir os anseios e angústias tanto de usuários, familiares e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que esse trabalho sirva como ferramenta, como um caminho possível para estimular mudanças nas diversas realidades de cuidado desenvolvidas nos CAPS espalhados pelo Brasil.

Vivenciamos e nos deparamos com estratégias possíveis de empoderamento, cujo primordial nem sempre está na quantidade de pessoas presentes nas atividades, ou na quantidade de materiais existentes para execução das mesmas, e nem em nenhuma classe profissional específica. Percebemos com isso a riqueza das trocas entre os profissionais estampada na singularidade do trabalho em equipe, onde todos tem a mesma responsabilidade com os sujeitos e a mesma missão de modificar a sua realidade conforme o desejo do sujeito seja nos atendimentos individuais, nas oficinas terapêuticas ou na formação do projeto terapêutico nas equipes de referência.

A riqueza dos dispositivos empoderadores está na sutileza dos profissionais em permitir que os sujeitos em sofrimento mental sejam trabalhados em suas potencialidades e valorizados em suas peculiaridades, e para isso, o caminho está no projeto terapêutico construído em conjunto, com a corresponsabilização do usuário para a ressignificação de sua vida. Esse projeto de vida fundamenta-se na busca de dispositivos que extrapolam os limites do sofrimento mental, para além das ações dentro da unidade, perpassando pela fala e escuta, pelas atividades esportivas, culturais e de trabalho, pela militância e luta pelos direitos, resultando em sujeitos autônomos e em processo de empoderamento para o enfrentamento de seus obstáculos tanto do sofrimento em si quanto da realidade social.

Finalizamos com a expectativa de que este trabalho possa esclarecer e fundamentar discussões e debates frisando a importância de se repensar as práticas desenvolvidas hoje em saúde mental como dispositivos de mudança na realidade de vida dos usuários que utilizam os serviços. Que, de fato, possamos criar dispositivos empoderadores que façam emergir sujeitos críticos e políticos protagonistas não apenas do seu cuidado, mas à frente das decisões políticas acerca dos caminhos que queremos na saúde mental brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. P. Autogestão. *In.*: CATTANI, A. D. *A outra economia*. Porto Alegre: Vozes, 2003, p.37-45.
- BARDIN. L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2010, 281p.
- BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 4.ed.- São Paulo: Hucitec, 1999.
- BENVINDO, A. Z. Saúde Mental e Direitos Humanos: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Brasília, 2010.
- BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.
- BRASIL. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental 1990-2002*. 3a ed. Rev. atual. - Brasília: O Ministério da Saúde; 2002b.
- DESLANDES, S.F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. *In.* ONOCKO – CAMPOS, et. al. (org.) *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* - São Paulo: Aderaldo& Rothschild, 2008, 428p.
- FIGUEIRÓ, R. A. Ajuda Mútua nos CAPS: o papel dos serviços no empoderamento dos usuários. 2009, 156p. *Dissertação* (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação e Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992, 295p.

LEMKE, R. A. A itinerância e suas implicações na construção de um *ethos* do cuidado. 2009, 120p. *Dissertação* (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MAY, T. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Tradução: Carlos Alberto Silveira Netto Soares. - 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, E. R. *Princípios da economia solidária*. 2006.

Disponível em:

<http://www.editoraferreira.com.br/publicue/media/edson_toque7.pdf>.

Acesso em: 01/07/2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; MIRANDA, L. Análise do Trabalho de Referência em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Pública*. 2008, p.907-913.

ONOCKO – CAMPOS, R. T.; et. al. (org.) *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* - São Paulo: Aderaldo& Rothschild, 2008, 428p.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde sociedade*. Vol. 17, n.2, 2008, p. 82-94.

RAPPAPORT, J. Desinstitucionalização: Empowerment e interagida. O papel dos técnicos de saúde mental no século XXI. *Análise Psicológica*, 1990. p.143-162.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

SOUZA, S. F. M.; BAGNOLA, E. P. P. O sujeito na sua família. In.: MERHY, E. E.; AMARAL, H. *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; Campinas, SP: Serviço de Saúde Cândido Ferreira, 2007, p.267-275.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). *Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008, 335p.

VASCONCELOS, E.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa/ Eduardo Vasconcelos. 4. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias* - São Paulo: Ed Paulus, 2003.

WACHS, F. Educação física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Dissertação (Mestrado)* – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 23-32.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista – Grupal



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
TEL.: (048) 3231-9542**

Roteiro entrevista – grupo

- 1.** Você(s) já ouviu (ram) falar em empoderamento? Caso sim, quais informações têm sobre isso? Qual a opinião de você(s) sobre isso? Caso não, o que você(s) pensa(m) quando ouve(m) essa palavra – EMPODERAMENTO?
- 2.** A partir dessas ideias você(s) consegue(m) identificar exemplos de atividades que promovam o empoderamento dos usuários na atual rede de saúde mental? Se não, que atividades eventualmente seriam essas?
- 3.** Identificam essas atividades aqui no CAPS?
- 4.** Que características e as formas ideais você(s) sugeriria(m) para implementar estas atividades, no sentido de melhor induzir o empoderamento?
- 5.** Que exemplos você(s) daria(m) destas atividades e formas de implementação aqui no CAPS?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista - Individual



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARIANA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
TEL.: (048) 3231-9542**

Roteiro entrevista – Individual (usuários e familiares)

Dados de Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: _____

1. Você já ouviu falar em empoderamento? Caso sim, poderia falar sobre isso?

Caso não*, o que te faz pensar quando ouve esta palavra?

*Criar um conceito padronizado simplificado de empoderamento com exemplo de dispositivos.

2. Você reconhece alguma atividade deste tipo na rede de saúde mental?
3. Você identifica alguma atividade deste tipo que você teria realizado? Poderia falar sobre ela(s)? Quais foram os resultados na sua vida?
4. Para você como seria então a rede ideal de saúde mental, para promover o máximo de empoderamento dos usuários?
5. Que mudanças que já aconteceram em sua vida ajudaram você a se empoderar? Isso ocorreu através de alguma atividade desenvolvida aqui no CAPS? Quais?

APÊNDICE C – Roteiro da Observação Participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARIANA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
TEL.: (048) 3231-9542

Roteiro – Observação Participante

1. O dispositivo é decidido, planejado e pactuado com os usuários? Como se dá o planejamento das atividades dos próximos encontros e eventos?
2. Como é a dinâmica de funcionamento do dispositivo?
3. Qual o método utilizado?
4. Em que lugar físico acontece à atividade?
5. Qual a frequência da atividade no CAPS?
6. Quantos usuários e profissionais participam?
7. Quem coordena a atividade? Quais os papéis diferenciados dos profissionais, dos usuários e familiares?
8. Existem critérios para participação do usuário?
9. É possível identificar o referencial teórico que embasa o dispositivo?
10. O que acontece quando chega um novo integrante no grupo?
11. É possível identificar relações entre as estratégias do dispositivo com os conceitos-chaves de empoderamento identificados na literatura?
12. Como se dá a participação dos usuários no dispositivo?
13. O dispositivo ocorre tendo uma continuidade das ações e estratégias ou são pontuais com temas a cada encontro?
14. Existe um momento de alta da atividade para o usuário participante?

Observar o processo de alta, caso exista. Quem decide?

Componentes dos dispositivos para avaliação de indução de empoderamento

- Acesso ou estímulo a busca de informação;
- Estímulo a reflexão e questionamento crítico;
- Mobilização;
- Participação em: planejamento, decisões e avaliação;
- Participação no projeto terapêutico;
- Acessibilidade e informalidade para contato interpessoal com os profissionais;
- Relações de poder: estímulo e oportunidade para:
 - ✓ Exercício de coordenação e condução de atividades;
 - ✓ Iniciativa dentro e fora do serviço;
 - ✓ Reivindicações e reclamações;
- Protagonismo/ação dos usuários/familiares.

Dispositivos

- Associação de usuários e familiares;
- Assembléia;
- Atividades expressivas – grupos de reflexão de notícias;
- Atividades laborativas e de renda;
- Atividades extramuros: lazer, esporte, sociabilidade, cultural, movimentos de mobilização, conselhos, grupos de igrejas, etc;
- Atividades educacionais;
- Atividades de auto cuidado e funcionamento social (lidar com o dinheiro, compras, instâncias do Estado);
- Acesso a serviços sociais e renda própria;
- Acesso à moradia;
- Etc.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – gestor e equipe profissional



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
TEL.: (048) 3231-9542**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (gestor e equipe profissional)

Você foi convidado para participar de uma pesquisa, intitulada: “Dispositivos de Empoderamento de um Centro de Atenção Psicossocial em Campinas/SP”, desenvolvida pela aluna Tarcísia Castro Alves, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, nível mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação do professor Walter Ferreira de Oliveira.

O estudo tem por objetivo identificar os dispositivos que possam empoderar os usuários em um serviço de Atenção Psicossocial em Campinas/SP no ano de 2011.

Tem como objetivos específicos, descrever os dispositivos e suas características que possam empoderar os usuários identificados pelos profissionais, gestores e usuários; relacionar os dispositivos que os profissionais acreditam empoderar os usuários e familiares com os dispositivos que esses julgam se empoderar; proporcionar uma reflexão, após a devolução dos resultados, acerca das contribuições do trabalho para a política nacional de saúde mental e reforma psiquiátrica e para formação e capacitação da equipe profissional, usuários e familiares.

Se você aceitar participar, irá fazer parte de um grupo de discussão – grupo focal. Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelo grupo possam ser recuperados e analisados posteriormente. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Este documento vai garantir:

1) Que você possa pedir, a qualquer momento, maiores informações sobre esta pesquisa;

- 2) Sigilo absoluto sobre seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal;
- 3) Que você possa negar-se a responder qualquer questão ou mesmo dar qualquer informação que julgue prejudicial a você;
- 4) Que você possa pedir que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5) Que você possa desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa.
- 6) Que na devolução da versão provisória dos resultados você possa se posicionar e solicitar a reformulação de algum dado que julgar necessário;
- 7) Que você possa pedir para desligar o gravador a qualquer momento, para falar sobre algum tema mais difícil ou sensível, de modo que seja registrado apenas através de anotações.

Você poderá me contatar pelo telefone (48) 9959-0681 ou pelo e-mail: tarccycaastro@yahoo.com.br para prestar-lhe todas as informações que você desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo ou para retirar o seu consentimento.

Este termo é para certificar que eu, _____, portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**', concordando em participar voluntariamente desta pesquisa.

Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o autor deste trabalho.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do (a) participante

Tarcísia Castro Alves – pesquisadora

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – usuário e familiar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARIANA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
TEL.: (048) 3231-9542

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários e familiares)

Você foi convidado para participar de uma pesquisa, intitulada: “Dispositivos de Empoderamento de um Centro de Atenção Psicossocial em Campinas/SP”, desenvolvida pela aluna Tarcísia Castro Alves, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O estudo tem por objetivo identificar as atividades que possam empoderar os usuários, em um serviço de Atenção Psicossocial de Campinas/SP, no ano de 2011.

Tem como objetivos específicos, descrever as atividades e suas características que possam empoderar os usuários e familiares identificados pelos profissionais, gestores, usuários e familiares; relacionar as atividades que os profissionais acreditam empoderar os usuários e familiares com os dispositivos que esses julgam se empoderar; proporcionar uma reflexão, após a devolução dos resultados, acerca das contribuições do trabalho para a política nacional de saúde mental e reforma psiquiátrica e para formação e capacitação da equipe profissional, usuários e familiares.

Se você aceitar participar da entrevista, será utilizado um gravador de voz para garantir que todas as suas respostas possam ser ouvidas e analisadas depois. Pela sua participação no estudo, você **não** receberá qualquer valor em dinheiro.

Este documento vai garantir:

- 1) Que você possa pedir, a qualquer momento, maiores informações sobre esta pesquisa;
- 2) Sigilo absoluto sobre seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal;

- 3) Que você possa negar-se a responder qualquer questão ou mesmo dar qualquer informação que julgue prejudicial a você;
- 4) Que você possa pedir que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5) Que você possa desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa;
- 6) Que na devolução da versão provisória dos resultados você possa se falar e pedir para corrigir ou mudar algum resultado;
- 7) Que você possa pedir para desligar o gravador a qualquer momento, para falar sobre algum tema mais difícil ou sensível, de modo que seja registrado apenas através de anotações.

Você poderá falar com a pesquisadora pelo telefone (48) 9959-0681 ou pelo e-mail: tarccycaastro@yahoo.com.br para prestar-lhe todas as informações que você desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois que acabar ou para retirar o seu consentimento.

Este termo é para certificar que eu, _____, portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**', concordando em participar voluntariamente desta pesquisa.

Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o autor deste trabalho.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante

Tarcísia Castro Alves - pesquisadora

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, nível de mestrado, intitulada “**DISPOSITIVO DE EMPODERAMENTO EM SAÚDE MENTAL**”, que tem por objetivos: 1) Identificar e descrever os dispositivos e suas características que possam empoderar usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial em Campinas/SP, no ano de 2011; 2) Relacionar as atividades que os profissionais acreditam empoderar os usuários com as atividades que estes julgam se empoderar; 3) Proporcionar uma reflexão, após a devolução dos resultados, acerca das contribuições do trabalho para a política nacional de saúde mental e reforma psiquiátrica e para formação e capacitação da equipe profissional, usuários e familiares.

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por estudante de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível mestrado, na Universidade Federal de Santa Catarina, junto a gestores, profissionais, familiares e usuários acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS David Capistrano da Costa Filho, sob a orientação do Professor Doutor Walter Ferreira de Oliveira.

Campinas, 28 de junho de 2011

José Francisco Kerr Saraiva
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2149

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584-GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2149

FR: 439327

TÍTULO: DISPOSITIVOS DE ENFODERAMENTO EM SAUDE MENTAL

AUTOR: Walter Ferreira da Oliveira, TARCISIA CASTRO ALVES

FLORIANÓPOLIS, 03 de Outubro de 2011.

Coordenador do CEPSH-UFSC