

Cristina Folster Pereira

**ASSEMBLEIA DE USUÁRIOS E SAÚDE MENTAL: O OLHAR  
DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Caponi

Florianópolis  
2016

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

Pereira, Cristina Folster

Assembleia de usuários e saúde mental : o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial / Cristina Folster Pereira ; orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi - Florianópolis, SC, 2016. 110 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Assembleia de usuários. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Saúde Mental. I. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL  
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Assembleia de usuários e saúde mental: o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial”.**

**Cristina Folster Pereira**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Atenção e Reabilitação Psicossocial

---

**Profa. Dra. Mágda do Canto Zurba**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo De Caponi (Presidente)

---

Profa. Dra. Fátima Büchele (Membro)

---

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro)

---

Profa. Dra. Maria Fernanda Vásquez Valencia (Membro)



Este trabalho é dedicado aos usuários  
do CAPS II de São José.



## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos oito usuários e dois profissionais do CAPS II de São José que, sem hesitar, aceitaram fazer parte desta pesquisa. Também fico grata à coordenação da unidade por autorizar a realização do estudo no local.

Agradeço a minha orientadora Sandra Caponi que aceitou percorrer comigo a construção deste trabalho, sempre respeitando minhas opiniões e clarificando minhas dúvidas. Aproveito e agradeço também ao grupo de pesquisa por ler e ouvir sobre minha pesquisa, colaborando com sugestões.

Sou grata a todos os professores com quem tive aula durante o curso de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Em especial, ao professor Walter pelo apoio e incentivo em todos os momentos que precisei. Aos meus colegas da turma MPSM 2014 pelas discussões e trocas de ideias. Desta turma fiz algumas amizades: Sabrina, Gabriela e Graciela. À Graci agradeço a parceria, conversas, risos de alegria e de nervosismo.

Agradeço aos participantes da banca por disponibilizarem de seu tempo e conhecimento. E por fim...

Ao meu marido agradeço o companheirismo e, principalmente, a paciência nos dias mais difíceis de escrita deste trabalho. À minha mãe, sou grata pelas longas conversas e atenção às minhas angústias. Ao meu pai, por ser essa figura ímpar.



## RESUMO

Esta dissertação tem o objetivo de analisar as percepções dos usuários e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do município catarinense de São José sobre assembleia de usuários. Caracterizou-se como pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando-se do método de pesquisa exploratória. Participaram oito usuários em tratamento intensivo e semi-intensivo e dois profissionais da equipe técnica atuantes no serviço há mais de um ano. A coleta de dados procedeu-se por meio de dois encontros de grupo focal com todos os usuários participantes, seguidos por entrevistas semi-estruturadas com dois usuários e dois profissionais. O procedimento de análise de dados utilizado foi a Análise de Conteúdo, resultando em três categorias: assembleia como possibilidade de participação e escolhas, assembleia como espaço de pertencimento e assembleia como expressão de poder. Tanto usuários como profissionais acordam sobre a importância da assembleia de usuários, e que sua implantação no serviço poderia trazer mudanças positivas. Os resultados confluíram com a literatura, apontando as assembleias de usuários como espaços estratégicos para uma comunicação aberta entre usuários e profissionais, onde os primeiros têm a possibilidade de reivindicar, sugerir e decidir conjuntamente sobre a administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem, indo ao encontro do movimento da reforma psiquiátrica de crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

**Palavras-chave:** Assembleia de usuários. Centros de Atenção Psicossocial. Saúde Mental.



## **ABSTRACT**

This dissertation aims to analyze the perceptions of users and professionals Psychosocial Care Center - CAPS II of the Santa Catarina municipality of San Jose on assembly users. It was characterized as qualitative research, using the exploratory research method. Participants were eight users in intensive care and semi-intensive and two professional technical staff working in the service for more than a year. Data collection proceeded through two focus group meetings with all participating users, followed by semi-structured interviews with two members and two professionals. The data analysis procedure used was content analysis, resulting in three categories: assembly as the possibility of participation and choices, assembly as belonging space and assembly as an expression of power. Both users and professionals agree on the importance of the assembly of users, and its implementation in service could bring positive changes. The results converged with the literature, pointing assemblies users as strategic spaces for open communication between users and professionals, where the first are able to claim, suggest and decide jointly on the administration of space they use and the treatment they receive, going to meet the psychiatric reform critical to the call psychiatric knowledge and the hospital-centered model in care for people with mental disorders.

**Keywords:** Assembly users. Psychosocial Care Center. Mental health.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 - Relação dos usuários ativos segundo faixa etária, CAPS II do município de São José, Santa Catarina, dados colhidos em maio de 2015.....52

Gráfico 1 - Relação dos usuários ativos segundo tipo de atendimento, CAPS II do município de São José, Santa Catarina, dados colhidos em maio de 2015.....53

Quadro 2 - Equipe técnica CAPS II São José/SC segundo função desempenhada, carga horária, ano de entrada no serviço e formação. Dados de novembro de 2015.....55



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CID - Classificação Internacional de Doenças  
CRSM - Centro de Referência em Saúde Mental  
ESF – Equipes de Saúde da Família  
IPq – Instituto de Psiquiatria  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TR – Terapeuta de Referência  
UBS – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	19
2. Perspectiva histórica da loucura: da idade clássica às reformas psiquiátricas.....	23
2.1 Reforma psiquiátrica brasileira.....	28
2.1.1 Centros de Atenção Psicossocial.....	30
3. São José em reforma.....	32
4. Assembleia de usuários e saúde mental.....	39
4.1 As Assembleias de Belmont e Gorizia.....	43
4.2 Exemplos brasileiros de assembleia de usuários.....	45
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	49
5.1 Caracterização do campo de pesquisa.....	50
5.2 Coleta de dados.....	56
5.3 Análise dos dados.....	57
5.4 Considerações éticas.....	58
<b>6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	59
6.1 Assembleia como possibilidade de participação e escolhas.....	59
6.2 Assembleia como espaço de pertencimento.....	68
6.3 Assembleia como expressão de poder.....	74
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	85
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
APÊNDICE A – TCLE – equipe técnica.....	99
APÊNDICE B – TCLE – usuários.....	101
APÊNDICE C – Roteiro para grupo focal.....	104
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com usuários.....	105
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com profissionais.....	106
ANEXO A – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa...107	
ANEXO B – Declaração da instituição.....	110



## 1. INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Estes serviços foram criados para substituírem as internações em hospitais psiquiátricos, com a missão de oferecer cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Os CAPS são uma das principais estratégias da reforma psiquiátrica, grande movimento social iniciado pelos trabalhadores de saúde mental na década de 70, que buscou a melhoria da assistência psiquiátrica no Brasil, denunciando e criticando o modelo manicomial vigente (AMARANTE, 2013a; BRASIL, 2004a, 2005).

Um dos dispositivos<sup>1</sup> considerado pelo Ministério da Saúde para o alcance dos objetivos dos CAPS é a assembleia de usuários. Os encontros de assembleia fazem parte dos vários recursos terapêuticos aos quais os usuários podem ter acesso e são um importante instrumento para o efetivo funcionamento destes serviços (BRASIL, 2004a). Os técnicos e usuários<sup>2</sup> reúnem-se para discutir sobre convivência, atividades e organização da unidade, além de avaliar e propor encaminhamentos, com intuito de um constante melhoramento do serviço.

O CAPS II do município catarinense de São José não conta com assembleia de usuários, contudo tanto profissionais como os próprios usuários já expressaram a necessidade de tal dispositivo no serviço. Em reunião semanal de equipe técnica do dia 18 de dezembro de 2013 os profissionais conjecturaram, pela primeira vez, a possibilidade de

---

<sup>1</sup> Neste trabalho utiliza-se o conceito “dispositivo” conforme desenvolvido por Foucault (1978): Conjunto heterogêneo onde o dito e o não dito são os elementos do dispositivo, rede que se pode tecer entre estes elementos. O dispositivo tem função estratégica e se inscreve sempre em uma relação de poder.

<sup>2</sup> O termo “usuários” é empregado para referir-se a pessoas atendidas e/ou acompanhadas em unidades de saúde, indo ao encontro da escrita da portaria n. 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011b). Contudo, o termo “paciente” também é utilizado no decorrer desta dissertação ao descrever referências de autores que assim o utilizam, como também na análise dos dados o termo é aplicado nas citações literais das falas dos entrevistados.

criação de assembleia, inclusive nomeando a, até então, coordenadora do serviço, a pensar sobre o assunto e organizar sua implantação. Contudo, apesar da ideia ser por várias vezes lembrada por alguns técnicos, em nenhuma outra reunião houve discussão para que a assembleia fosse de fato iniciada.

Em um dos grupos terapêuticos realizados com os usuários pela psicóloga da unidade, o tema assembleia de usuários também apareceu. A discussão daquele encontro era tratamento e foi dado espaço para que pudessem fazer críticas e sugestões ao serviço do CAPS. Dentre as várias falas uma delas foi a necessidade de implantação de encontros de assembleia. O usuário que pontuou tal necessidade era egresso de outro CAPS, no qual havia assembleia de usuários e ele participava. Outros usuários presentes no encontro também verbalizaram interesse que houvesse algum dispositivo que lhes possibilitassem participação nas decisões sobre tratamento e cotidiano da instituição. Este grupo foi realizado em novembro de 2014, entretanto, por vezes algum usuário relata a necessidade de reuniões de organização do serviço e/ou encontros entre usuários e equipe técnica.

A pesquisadora deste estudo é servidora pública da prefeitura municipal de São José, lotada como psicóloga no CAPS II da cidade, local em que a pesquisa foi realizada. Ela iniciou seu trabalho em janeiro de 2013, ano em que de fato a equipe começou a desenvolver grupos, oficinas e os demais atendimentos. Assim, conheceu, alguns mais outros menos, a maioria dos usuários já acompanhados na unidade e sempre pensou em formas de fazê-los serem ouvidos para que os trabalhos não fossem desenvolvidos a partir apenas do conhecimento da equipe e/ou disponibilidade do serviço, mas sim a partir da real necessidade do usuário. Estes ideais sempre embasaram as ações da psicóloga, e outros técnicos da equipe, ao planejar algum atendimento. No entanto, isto ainda não era/é o ideal.

Devido a isto o interesse pelo dispositivo assembleia de usuários, um importante recurso deliberativo, em que as decisões sobre a rotina do serviço e formas de tratamento podem acontecer em conjunto, usuários e profissionais. Inicialmente, o objetivo principal deste projeto era a implantação da assembleia no CAPS II/SJ, contudo, a partir das pontuações da banca de qualificação e professora orientadora, a pesquisadora compreendeu a necessidade de primeiro conhecer o olhar dos usuários e equipe técnica sobre o assunto. Assim, a pesquisa teve como objetivo geral analisar as percepções dos usuários e profissionais do CAPS II de São José/SC sobre o dispositivo assembleia de usuários. Como objetivos específicos, buscou-se:

- Conhecer como os usuários e profissionais entendem que deva ser o encontro de assembleia, e o que supõem que a realização deste dispositivo possa influenciar o serviço;

- Compreender a relação do dispositivo assembleia com o movimento da reforma psiquiátrica e como um recurso em saúde mental.

Algumas perguntas nortearam esta pesquisa: Quais conhecimentos os usuários e profissionais têm sobre a assembleia de usuários? Qual a opinião deles sobre o assunto? Seria interesse da maioria implantá-lo no CAPS? E se sim, como faríamos?

Tem-se a hipótese de que os usuários não saibam o que é uma assembleia de usuários, com exceção daqueles vindos de outros CAPS que já utilizaram este dispositivo; supõe-se que os profissionais compreendam sobre o tema, mas talvez não a sua importância, visto que o serviço até hoje não implantou tal dispositivo.

O estudo caracteriza-se pela abordagem de pesquisa qualitativa, utilizando-se do método de pesquisa exploratória. Os participantes da pesquisa foram oito usuários e dois profissionais do CAPS II de São José. A coleta de dados procedeu-se por meio de técnicas de grupo focal e entrevistas e os resultados analisados a partir da análise de conteúdo.

Para auxiliar no alcance dos objetivos do estudo, uma pesquisa bibliográfica foi realizada. Iniciou-se percorrendo uma perspectiva histórica da loucura, desde a idade clássica ao alienismo de Pinel e as reformas psiquiátricas. O contexto brasileiro de reforma foi retratado, abordando também a criação dos Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades. Em seguida, explora-se a história da reforma psiquiátrica no município de São José até seus dias atuais<sup>3</sup>.

Adiante, focaliza-se o tema assembleia de usuários, iniciando com os significados e histórico da palavra assembleia até o entendimento deste dispositivo como um recurso em saúde mental. As assembleias de usuários realizadas por Maxwell Jones em Bel Monte e Franco Basaglia em Gorizia são destacadas, colaborando para o entendimento da assembleia como um recurso influente no processo de

---

<sup>3</sup> Neste item também se utilizou de pesquisa nos sites da prefeitura de São José, jornal da cidade e Instituto São José, além de dados obtidos por meio de conversas informais com as coordenadoras de saúde mental e do Centro de Referência em Saúde Mental de São José e vivências da pesquisadora enquanto profissional atuante no município.

reforma psiquiátrica. Finaliza-se com alguns exemplos de assembleia de usuários realizadas no Brasil, principalmente Santa Catarina.

## 2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA LOUCURA: DA IDADE CLÁSSICA ÀS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

O livro “A história da loucura na Idade Clássica” de Michel Foucault (1972) esmiúça o processo de transformação da loucura em doença mental e de seu encarceramento nos asilos. Foucault inicia sua obra contando sobre o desaparecimento da lepra do mundo ocidental ao final da Idade Média, e aponta a loucura como herdeira da exclusão, medo e purificação, conceitos até então ligados aos leprosos. O autor reflete, contudo, que houve um período de latência de quase dois séculos para a real apropriação desta herança, pois a loucura estava inteiramente ligada às experiências da Renascença.

No cenário da Renascença havia um objeto cheio de significados, era a Nau dos Loucos, barco que levava os insanos de uma cidade para outra. A existência do louco era errante, principalmente aqueles que eram estrangeiros, na medida em que as cidades aceitavam tomar conta apenas daqueles que fossem seus cidadãos, recebendo-os nos hospitais. Também acontecia de alguns serem chicoteados em público, perseguidos e escoraçados da cidade. Para além de utilidade social, o forte desejo de embarcar os loucos em um navio simbolizava a inquietude em relação à loucura (FOUCAULT, 1972).

Foucault (1972) relata que fins da Idade Média a loucura começa a aparecer como tema nas peças de teatro e discussões acadêmicas. No século XV ela passa a assombrar a imaginação do homem ocidental, havendo uma substituição do tema da morte pelo da loucura: “A loucura é o já-está-aí da morte” (p.21). Aos poucos a loucura começa a atrair e fascinar este mesmo homem:

É a loucura transformada em Tentação: tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano, tudo que nele indica a contranatureza e o formigamento de uma presença insana ao rés-do-chão, tudo isso, justamente, é que lhe atribui seu estranho poder. A liberdade, ainda que apavorante, de seus sonhos e os fantasmas de sua loucura têm, para o homem do século XV, mais poderes de atração que a realidade desejável da carne (FOUCAULT, 1972, p.25).

A loucura também fascinava pelo seu saber, um saber difícil, fechado e esotérico. Começa a ter sentido, e até mesmo valor, só no campo da razão, pois se acreditava que toda loucura era composta por uma razão que a julgava e controlava. Em meados do século XVI e começo do século XVII, o tema aparece até mesmo nas obras literárias de Shakespeare e Cervantes. É a partir deste século que é estabelecida uma relação entre loucura e o internamento (FOUCAULT, 1972).

As instituições de internamento não eram estabelecimentos médicos, mas sim, estruturas quase jurídica, onde se julgava e condenava à exclusão, segundo Foucault (1972, p.80) “centros de recepção de indigentes e prisão da miséria”. O louco e o pobre passam a ter o mesmo fim e mesma percepção social.

Na Idade Média, o grande pecado foi a soberba, assim como também a avareza. A partir do século XVII o pecado mais grave passa a ser a preguiça e o trabalho é percebido como solução geral:

O trabalho nas casas de internamento assume assim uma significação ética: dado que a preguiça tornou-se a forma absoluta da revolta, brigam-se os ociosos ao trabalho, [...]. É numa certa experiência do trabalho que se formulou a exigência, indissolúvelmente econômica e moral, do internamento. Trabalho e ociosidade traçaram no mundo clássico uma linha de partilha que substituiu a grande exclusão da lepra. O asilo ocupou rigorosamente o lugar do leprosário [...] (FOUCAULT, 1972, p. 82 e 83).

Com a obrigação geral do trabalho, os loucos distinguiram-se dos demais, pobres e ociosos, na medida em que eram incapazes para o trabalho e também não conseguiam seguir os ritmos da vida coletiva. Assim, a partir da era clássica, a loucura passa a ser percebida e condenada pela ociosidade, não só em termos de economia, como também de moral.

Amarante (2013a) aponta que neste mesmo período, século XVII, os hospitais criados na Idade Média para fins de abrigo, caridade e assistência religiosa, dão lugar aos Hospitais Gerais. Estes ainda eram reservados aos pobres, porém com objetivos diferenciados, como a incumbência de castigar e corrigir falhas morais, ou seja: “Pela primeira vez, instauram-se estabelecimentos de moralidade nos quais ocorre uma surpreendente síntese entre obrigação moral e lei civil.” (FOUCAULT,

1972, p. 84). Esta nova modalidade de hospital define um novo lugar social para o louco e a loucura (AMARANTE, 2013a).

Outra mudança trazida com o Hospital Geral são as internações determinadas por autoridades reais e judiciárias. Ao diretor da instituição cabia exercer seu poder sobre os internados e também à população de sua jurisdição (FOUCAULT, 1978). Com a Revolução Francesa este cenário tem novas mudanças. O lema de igualdade, liberdade e fraternidade chega aos hospitais. Muitos médicos passam a atuar nestas instituições para humanizá-las e adequá-las à democratização do ideal revolucionário. Esta atuação médica passa a ser constante, caracterizando o hospital como uma instituição medicalizada e de finalidade de tratamento de enfermos. Conseqüentemente, a medicina se torna um saber e uma prática de domínio hospitalar (AMARANTE, 2013a).

É neste contexto que Philippe Pinel, médico francês conhecido como o pai da psiquiatria, desacorrenta os loucos no Hospital de Bicêtre (CAPONI 2012; FOUCAULT, 2006). Foucault (2006) faz uma reflexão sobre esta cena. Para o autor aqueles que foram libertos passam a ter uma dívida de reconhecimento com o seu libertador. Esta dívida seria paga com obediência, por meio da submissão ao outro sem necessidade da contenção mecânica, e com a cura, conseguida involuntariamente após a submissão à disciplina do poder médico. Esta cena da “libertação” transforma a relação de poder em relação de disciplina, esta entendida como um poder disciplinar, importante na compreensão do mecanismo da psiquiatria.

Pinel entendia o alienado como alguém com uma mente desregrada e de paixões descontroladas, aquele que perde o discernimento entre o erro e a realidade, tornando-se perigoso à sociedade. Deste modo, era necessário afastá-lo de sua família e comunidade. Não obstante, o isolamento também era justificado devido necessidade, para o bom diagnóstico, de observação do doente sem interferências externas e para o tratamento moral que exigia ordem e disciplina com intuito de reeducação da mente (CAPONI, 2012).

O médico francês elaborou uma classificação preliminar das enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e colocou em prática uma nova terapêutica, chamada tratamento moral. Nessa o principal passo para o tratamento era o isolamento do mundo exterior. É dessa forma que ele funda os primeiros hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2013a; CAPONI, 2012).

As ideias de Philippe Pinel ganham o mundo, diversos hospitais psiquiátricos são abertos, reproduzindo os princípios franceses. Contudo, muitos de seus contemporâneos o criticaram, principalmente devido ao aprisionamento dos alienados. (AMARANTE, 2013a, 2013b). Segundo Amarante (2013a), as críticas abrangiam denúncias de violência, asilos superlotados, segregação de alguns segmentos da população e a dificuldade em discernir os limites entre a loucura e a sanidade.

O primeiro modelo de reforma à tradição pineliana foram as colônias de alienados. A tentativa era de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, utilizando-se de maior liberdade aos internos e o uso do trabalho terapêutico. Porém, não demorou muito para este modelo de colônia ser percebido como mais uma instituição asilar tradicional, diferenciando-se apenas no enfoque na recuperação pelo trabalho (AMARANTE, 2013a, 2013b; MELO, 2000).

No fim do século XIX “grandes comoções” abalaram a psiquiatria, colocando em questão o poder do médico e seu efeito sobre o doente (FOUCAULT, 2006). O período pós-guerras mundiais acentua as críticas aos hospitais psiquiátricos, uma vez que a sociedade percebe que as condições de vida oferecidas aos internados eram semelhantes àquelas dos campos de concentração (AMARANTE, 2013a, 2013b).

Vários autores escrevem criticamente sobre as instituições psiquiátricas, evidenciando as relações de poder e exclusão estabelecidas no interior destes locais. Alguns destes autores são Basaglia (1991), Foucault (2006) e Goffman (2001).

Para Basaglia (1991), todas as instituições têm uma nítida divisão entre aqueles que têm o poder e os que não o têm. O autor relaciona esta divisão às relações existentes de opressão, violência e exclusão, nomeando os estabelecimentos de Instituições da Violência. Outro termo utilizado por Basaglia é o de “Violência Técnica”, caracterizado por uma extensão do poder psiquiátrico aos novos profissionais lotados nos hospitais psiquiátricos: psicólogos, assistentes sociais, sociólogo, dentre outros. Esta propagação do poder é realizada de forma indireta, na medida em que “atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, que se perpetue a violência global” (BASAGLIA, 1991, p. 102). Para o autor, só existirá aproximação e relação terapêutica real se o doente mental estiver livre.

Goffman (2001) caracteriza os hospitais psiquiátricos como um tipo de Instituição Total, simbolizado por uma barreira aos

relacionamentos com o mundo externo e por proibições de saídas do local. Para o autor esse caráter total da instituição age sobre o internado de maneira que o seu eu passa por transformações dramáticas, visto que a pessoa é despojada de seu papel na vida civil, enquadrada pelas regras impostas, privada de seus bens e exposta de sua vida passada e seus sentimentos: “Efeitos destrutivos de morar num mundo dentro de outro mundo” (GOFFMAN, 2001, p.140).

As instituições psiquiátricas, segundo Foucault (2006), são lugares, forma de distribuição e mecanismos das relações de poder: “[...] direito da não-loucura sobre a loucura” (p.452). Estas instituições eram justificadas pela ordem social e necessidade terapêutica, e o internamento como imperativo à constatação e intervenção da loucura.

As reformas psiquiátricas colocam em questão estas relações de poder. Amarante (2013a, 2013b) afirma que foram muitas as experiências de reformas em vários países, o autor divide-as em subgrupos dando exemplos de experiências que se destacaram.

O primeiro grupo diz respeito àquelas reformas restritas ao ambiente hospitalar. A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional são exemplos, porquanto as mudanças propostas foram todas referentes à própria instituição. A primeira deu ênfase à comunicação livre entre equipe e pacientes, diminuindo a hierarquização das relações e utilizando o potencial dos pacientes no tratamento; a segunda tem fortes influências psicanalíticas, acredita ser necessário tratar o próprio meio institucional resgatando seu potencial terapêutico.

Um segundo grupo amplia suas propostas de mudanças para além dos muros da instituição. A psiquiatria de Setor cria na comunidade Centros de Saúde Mental regionalizados e divide o hospital psiquiátrico em setores de referência à regiões distintas da França, destaca-se a ideia de trabalho em equipe; a Psiquiatria Preventiva tem como foco a detecção precoce das doenças mentais na sociedade a fim de preveni-las, cria serviços extra-hospitalares e leitos psiquiátricos em hospitais gerais como medidas à desinstitucionalização, contudo houve um aumento das demandas psiquiátricas, incluindo as hospitalares.

Sobre o terceiro grupo Amarante (2013a) esclarece “Na verdade, não seriam experiências de ‘reforma’ no sentido estrito do termo, uma vez que deram início a processos de rompimentos com o paradigma psiquiátrico tradicional” (p.51, aspas do autor). O autor refere-se a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. O movimento da Antipsiquiatria traz a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, por meio dos psiquiatras Ronald Laing e David Cooper.

Para eles não existe doença mental, a loucura seria uma experiência do sujeito na relação com o seu ambiente social, conseqüentemente a terapêutica não era hospitalar nem medicamentosa, mas sim de permissão de vivência e expressão do sintoma.

A Psiquiatria Democrática inicia na década de 60 quando Franco Basaglia e outros psiquiatras reformam um hospital psiquiátrico em Gorizia ao norte da Itália. Contudo, segundo Amarante (2013a), é em Trieste, cidade também ao norte da Itália, que Basaglia realiza uma experiência de transformação radical, não só superando a estrutura física do manicômio, com serviços substitutivos responsáveis pelo cuidado integral dos ex-internos, como também revendo os saberes e práticas que fundamentam o isolamento, exclusão e patologização da experiência humana.

Franco Basaglia não negava a existência da doença, mas a colocava entre parênteses para ocupar-se do sujeito que a vivência. A loucura deixa de ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade. Como consequência, novos serviços são necessários, serviços estes responsáveis em acolher pessoas e não patologias, facilitar trocas sociais e não exclusão e segregação, promover o cuidado ao invés de repressão e disciplina (BASAGLIA, 1991). São, principalmente, esses conceitos e práticas da Psiquiatria Democrática que serviram de referência ao processo de reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

## 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Este trabalho não tem a intenção de fazer uma revisão aprofundada do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que o tema já foi amplamente desenvolvido por autores como Amarante (2013a, 2013b). Deste modo, será realizado um breve resumo do que significa este movimento e suas consequências, para que seja possível compreender a história da saúde mental em São José e o surgimento de serviços extra-hospitalares como os Centros de Atenção Psicossocial, em especial o CAPS II em estudo.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve início na década de 1970, época em que outros países, como Itália, Inglaterra e Estados Unidos, reorganizavam a assistência em Saúde Mental influenciando a sociedade brasileira com novas estratégias de tratamento. Ideias sobre equipes multidisciplinares, atuação no território e atenção psicossocial são exemplos da influência destes países,

principalmente da Itália, aos serviços de saúde do Brasil (AMARANTE, 2013a).

Alguns movimentos, eventos e experiências foram essenciais para a formulação das políticas de saúde mental no Brasil, a título de exemplo destacam-se: Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), deflagrado no Rio de Janeiro em 1978; III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte com a presença de Franco Basaglia; fundação do Movimento de Luta Antimanicomial em Bauru em 1987; Conferências Nacionais de Saúde Mental, a primeira delas em 1986; Encontros Nacionais de Usuários e Familiares e Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial ambos iniciados na década de 90; inauguração do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos/SP (BRASIL, 2005; OLIVEIRA, 2012; TENÓRIO, 2002).

Em 1989 o deputado Paulo Delgado de Minas Gerais apresentou o projeto de lei número 3.657/89 que redirecionava os recursos públicos para a criação de serviços extra-hospitalares, impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos e obrigava a comunicação às autoridades judiciárias das internações compulsórias. O projeto não foi aprovado pelo senado, contudo intensificou a discussão sobre o tema e influenciou a elaboração e aprovação de leis estaduais (BRASIL, 2005).

Mais de uma década depois um projeto substitutivo, de autoria do senador Sebastião Rocha, foi aprovado com um artigo vetado pela câmara dos deputados em que permitiria a construção e contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos. A lei 10.216 de 6 de abril de 2001, mesmo mais amena quanto à substituição asilar, foi considerada uma vitória para o movimento da reforma (TENÓRIO, 2002).

A aprovação da lei trouxe mudanças significativas ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. O tratamento passa a ser preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, indicando a internação apenas nos casos em que os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (BRASIL, 2004b).

Mais recentemente, por meio da portaria 3.088 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criação, ampliação e articulação dos serviços do SUS para pessoas em sofrimento mental e também aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas. A RAPS é composta por serviços e

equipamentos variados, tais como: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011b).

### 2.1.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos, os CAPS são compostos por equipes multidisciplinares que oferecem cuidado clínico e de reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack álcool e outras drogas. Constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, uma vez que favorecem o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2005). Cabe aos CAPS:

[...] o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. [...] 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, 2005, p. 25).

Surjus (2007) considera os Centros de Atenção Psicossocial serviços de saúde particularmente complexos, na medida em que suas características representam elementos provenientes de novos referenciais de ordem epistemológica, ética, clínica e política, oriundos de sua vinculação com a superação das políticas públicas tradicionais de saúde mental no Brasil. Ademais, os CAPS consistem também em compromissos próprios a qualquer unidade pública de saúde.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo, chamava-se Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Cinco anos depois estes serviços são oficialmente instituídos por meio das portarias 189/91 e 224/92 e depois reestruturados pelas portarias 336/2 e 189/2 que ampliaram o

funcionamento e complexidade dos CAPS estabelecendo diversas modalidades (AMARANTE, 2013a; BRASIL, 2004a, 2004b):

- CAPS I – Para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Serviço diurno, de segunda a sexta-feira;

- CAPS II – Para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Serviço diurno, de segunda a sexta-feira;

- CAPS III – Para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Oferece atendimento diário, 24h, incluindo feriados e finais de semana. Municípios com população acima de 200.000 habitantes;

- CAPS i – Para crianças e adolescentes com transtornos mentais e também com necessidades decorrentes do uso de crack álcool e outras drogas. Município com população acima de 200.000 habitantes;

- CAPS Ad – Para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Municípios com população superior a 70.000 habitantes;

Início de 2016 os CAPS, em todas suas modalidades, somavam 2.314 unidades em todo o Brasil (BRASIL, 2016), formando um ponto de atenção estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial. Os CAPS estão incluídos no componente de atenção psicossocial especializada, um dos sete componentes previstos pela RAPS. As atividades nos Centros de Atenção Psicossocial devem ser realizadas de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede e desenvolvidas por intermédio de Projeto Terapêutico Singular – PTS (BRASIL, 2004a).

O PTS deve ser personalizado, abrangendo um conjunto de atendimentos que respeite a particularidade do usuário dentro e fora do serviço segundo suas necessidades. Dependendo deste projeto o usuário fará acompanhamento no CAPS em regime de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2004a, 2011b). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), o atendimento intensivo é para aquelas pessoas em situação de crise, grave sofrimento psíquico ou dificuldades intensas em seu ambiente familiar e social; a modalidade semi-intensiva é proporcionada quando a pessoa tem menores dificuldades que no primeiro caso, mas necessita de auxílio para se estruturar e recuperar sua autonomia; por último há o atendimento não-intensivo para aqueles que não precisam de suporte contínuo da equipe, pois conseguem desenvolver suas atividades na família e/ou trabalho. Em todas essas modalidades, pode haver a necessidade de atendimentos domiciliares.

O PTS deve ser monitorado por um profissional em conjunto com o usuário, com o objetivo de avaliar periodicamente as metas traçadas no projeto terapêutico, redefinindo as atividades e frequência desta pessoa no serviço. Este profissional é chamado de Terapeuta de Referência (TR) e pode ser o técnico que acolheu ou que tem maior vínculo com o usuário. Para o TR também cabe a responsabilidade de discussão do PTS com a equipe técnica e contatos com os familiares dos usuários de sua referência (BRASIL, 2004a).

Os CAPS devem oferecer diversos tipos de atividades terapêuticas, prioritariamente em espaços coletivos. Alguns dos recursos terapêuticos disponibilizados nestes serviços são: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Para que estas atividades aconteçam são importantes não só reuniões da equipe, como também reuniões com os usuários e familiares (BRASIL, 2004a, 2011b).

### 3. SÃO JOSÉ EM REFORMA

Localizado na Grande Florianópolis o município de São José é o quarto mais antigo de Santa Catarina, colonizado em 1750 e elevado à cidade em 1856. Possui extensão territorial de 113,6km<sup>2</sup> e população de 209.804 habitantes, o quarto mais populoso do estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ, 2015).

Em relação aos serviços em saúde mental, o município josefense atualmente conta com três CAPS, um de cada modalidade (II, ad e i), um Centro de Referência em Saúde Mental, três Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com alguns profissionais atuantes na área de saúde mental, um Instituto de Psiquiatria (IPq) e um Centro de Psiquiatria e Dependência Química (Instituto São José), esses dois últimos serviços apesar de serem de caráter hospitalar, um de referência estadual e o outro privado, influenciam sobremaneira o fluxo dos atendimentos para pessoas com transtornos mentais no município.

Em 10 de novembro de 1941 foi inaugurada a Colônia Santana, destinada ao recolhimento dos alienados do estado, construída em área rural do município de São José, bastante distante da cidade indo ao encontro do objetivo do programa nacional. Para este local foram transferidos os internos e religiosas da Santa Casa de Misericórdia de Nossa Senhora de Azambuja, criada em 1902 em Brusque, e também os pacientes do Hospício de Oscar Schneider, existente desde 1923 em Joinville (MELO, 2000; TEIXEIRA, 1993).

A instituição foi fruto da política nacional da Era Vargas ao qual buscava traçar um perfil que permitisse identificar o brasileiro legítimo, mesmo que fosse necessário “fabricar” este brasileiro. Ambicionava-se um tipo físico único e a definição de um só perfil racial. Nesta lógica o alienado foi percebido como um membro doente que precisava ser isolado. Deste modo, iniciou-se uma intensa campanha em todo o país pela construção de hospícios. O incentivo era de criação de hospitais em formas de colônias onde fosse possível que o interno trabalhasse e gerasse seu próprio consumo, indo ao encontro dos interesses capitalista em que todos deveriam trabalhar inclusive o doente mental (MELO, 2000).

Esta ideia de transformação de hospícios em colônias não foi, como visto anteriormente, particularidade brasileira. Devido às críticas ao modelo pineliano de caráter fechado e autoritário das instituições, vários países consolidaram um primeiro modelo de reforma por meio das colônias de alienados. No entanto, a prática demonstrou que as colônias não se diferenciavam dos asilos tradicionais (AMARANTE, 2013a).

No Brasil, as primeiras colônias foram criadas no Rio de Janeiro logo após a Proclamação da República. Dezenas de outras colônias foram construídas na gestão de Juliano Moreira e, posteriormente, de Adauto Botelho, como dirigentes da Assistência Médico Legal de Alienados. Em Santa Catarina, a Colônia Santana foi construída com recursos do Estado e ampliada, por meio da construção de novos pavilhões, com a contribuição do governo federal (AMARANTE, 2013a; MELO, 2000).

Até os anos 50, a instituição contava em seu quadro técnico apenas com Freiras e dois psiquiatras. Em 1953 iniciou a contratação de vigilantes, técnicos de enfermagem e mais psiquiatras. As internações eram superiores ao número de altas, muitas pessoas tinham longos períodos de internações ou acabavam residindo na Colônia, criando a categoria de pacientes chamada asilares (SCHNEIDER et. al., 2010).

Nos anos 1970, o Hospital chegou a contar com 2.300 pessoas em 100 leitos disponíveis (TEIXEIRA, 1993). Nesta época, influenciada pela Política de Saúde Mental Americana, a Organização Pan-Americana de Saúde iniciou experiências voltadas à humanização do tratamento e redução de custos de internações, e Santa Catarina foi um dos estados escolhidos para fazer parte. É neste contexto que se inicia uma ênfase no tratamento ambulatorial, tendo como meta as ações de

reinserção social dos egressos de hospitais psiquiátricos (SCHNEIDER et. al., 2010, 2013).

A experiência trouxe importantes consequências ao Hospital Colônia Santana, que passou a contar com equipe multidisciplinar de saúde, com assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, clínicos gerais, dentistas, bioquímicos, além dos psiquiatras e técnicos de enfermagem já existentes. Outra mudança foi a divisão dos leitos em 12 unidades, 6 enfermarias masculinas e 6 femininas, correspondendo aos seis Centros Regionais do Estado, com o objetivo de agrupar os internos por afinidades geográficas, sociais e culturais (SCHNEIDER et. al., 2010; TEIXEIRA, 1993).

Na década de 80 esta forma de divisão dos leitos é substituída pela dicotomia agudos e crônicos. Segundo Teixeira (1993) os pacientes considerados crônicos eram todos aqueles com poucas chances de alta devido sua psicopatologia, carências sociais ou determinação judicial. Eles somavam 70% dos internos.

No processo de reforma psiquiátrica brasileira, mais mudanças foram acontecendo na instituição, tendo seu ápice em 1994 com a realização de sindicâncias pelo Ministério da Saúde mobilizadas por denúncias das péssimas condições higiênicas, terapêuticas e sociais existentes. Reformulações gerais foram exigidas sob pena de o hospício ser fechado, e em 1996 o Hospital Colônia Santana é transformado em Instituto de Psiquiatria do estado de Santa Catarina - IPq (SCHNEIDER et. al., 2010, 2013).

Desde então o IPq é formado por 160 leitos para internações agudas e pelo Centro de Convivência Santana que abriga internos crônicos asilares. Ainda nas dependências do Instituto de Psiquiatria e vinculado a este, foram criados três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que servem como moradias a pessoas egressas de longas internações (mínimos dois anos). Contudo, de acordo com a portaria 3.090 de 2011 os SRT deveriam localizar-se fora dos limites de unidades hospitalares e serem vinculadas à rede local de serviços de saúde, o que significa que o município de São José precisaria assumir a gestão. Alguns internos também foram transferidos à Colônia Santa Tereza, localizada no município vizinho, o local era destinado para tratamento e moradia de pessoas com hanseníase, atualmente funciona como hospital geral, principalmente dermatológico, mantendo, contudo, as diversas casas com seus antigos moradores (BRASIL, 2011a; SCHNEIDER et. al, 2010; TEIXEIRA, 1993).

Quase três décadas mais jovem que o IPq, o Instituto São José foi inaugurado em 25 de maio de 1968 no Centro Histórico da cidade de

São José, na época ainda pouco povoado. O Hospital Psiquiátrico de natureza privada atendia, além de outros convênios, o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, hoje Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A equipe de trabalho era composta apenas pelos médicos e poucos funcionários (INSTITUTO SÃO JOSÉ, 2015).

A abertura desta instituição médica privada faz consonância com o contexto histórico nacional da época. Segundo Amarante (2013b) a partir do golpe militar em 1964, consolida-se um processo de maciça privatização da assistência médica previdenciária e um grande aumento de clínicas psiquiátricas com destaque às zonas urbanas do eixo sul/sudeste. Em 1974 é instituído no Brasil o Plano de Pronta Ação, abrindo ao setor privado a possibilidade de atendimento aos previdenciários sem a necessidade de avaliação anterior do setor público. Um ano depois são definidas funções distintas ao Ministério da Previdência e Ministério da Saúde, sendo o primeiro responsável pela prestação de assistência médica curativa e individual, o que facilitaria o acesso da população previdenciária aos serviços médicos privados. Em contrapartida, a assistência médica privada passa a se organizar na construção de asilos psiquiátricos com a pretensão de maiores lucros. É neste período, mais precisamente em 1980, que o Instituto São José amplia-se com a implantação do serviço de dependência química, caracterizando a instituição como um centro de psiquiatria e dependência química até os dias atuais (INSTITUTO SÃO JOSÉ, 2015).

No fim da década de 80, a assistência pública em saúde mental começa a desenvolver-se absorvendo parte da demanda que utilizava apenas os serviços psiquiátricos privados. Em São José, como será explicado adiante, essas mudanças foram muito mais tardias. Contudo, o setor privado, mesmo o josefense, teve consequências, na medida em que a Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Cosam) estabelece normas disciplinares aos serviços psiquiátricos privados contratados (AMARANTE, 2013b).

A partir de 1994 o tratamento no Instituto São José começa a ser feito em novas modalidades com mais categorias de profissionais e a criação de grupos terapêuticos para os internos e familiares (INSTITUTO SÃO JOSÉ, 2015). Desde a entrada do século XXI, duas grandes mudanças aconteceram na instituição. Uma delas foi a gradativa diminuição dos leitos conforme política nacional amparada na Lei 10.216 de 2001. Segundo o Relatório de Gestão do estado de 2010, o Instituto São José passou de 134 leitos de internação em 2003, para 35 em 2010 nenhum mais com convênio público (SECRETARIA DE

ESTADO DA SAÚDE/SC, 2011). Em paralelo a extinção destes 99 leitos, o instituto anunciava a inauguração da Quinta das Palmeiras Clínicas Integradas. No site da instituição explica-se que o serviço fica anexo ao Hospital e foi aberto para “[...] modernizar e ampliar a assistência hospitalar”, por meio de profissionais médicos, psicólogos e terapeuta ocupacional (INSTITUTO SÃO JOSÉ, 2015).

Sobre os serviços não manicomializados ofertados pelo setor privado, Amarante (2013b, p. 116) afirma: “[...] a verdadeira organização de uma rede de serviços desinstitucionalizantes não pode ser feita tendo em vista o lucro”. Os serviços substitutivos aos manicômios têm uma atuação territorializada em que se responsabiliza por toda a comunidade abrangida, sem restrição à possibilidade ou não do custeio do tratamento.

Devido a precariedade da atenção em saúde mental de São José, os seus municípios com algum transtorno mental recorriam aos serviços hospitalares do IPq e Instituto São José, contribuindo para que a lógica manicomial fosse predominante e persistente. Algumas mudanças começaram a ser implantadas no início deste século com a criação de serviços públicos extra-hospitalares.

Em julho de 2004 a secretaria municipal de saúde cria um Centro de Referência em Saúde Mental (CRSM) com dependências na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista. O Ambulatório, como é chamado, era formado por uma psiquiatra, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem e assim permaneceu por sete anos. O quadro funcional foi ampliado com a chamada de profissionais do Concurso Público realizado em abril de 2011 e o CRSM passou a contar também com psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional.

Deste mesmo concurso foram empossados, dentre outros profissionais da área da saúde, quatro psicólogos que faziam referência às Unidades Básicas de Saúde distribuídas em quatro áreas distritais. Poucos meses depois assistentes sociais, também concursados, foram chamados para juntarem-se a estes psicólogos, compondo Equipes de Saúde Mental vinculadas à Atenção Especializada em Saúde. Essas duplas trabalharam como equipes, por cerca de um ano, atendendo pessoas de todas as idades com queixas diversas, desde um adulto com depressão a crianças com dificuldades escolares. Essas equipes não tinham relação direta com o Ambulatório, uma vez que desde seu início este serviço funciona da mesma maneira, via Sistema Nacional de Regulação – SISREG. As Equipes de Saúde da Família (ESF) faziam os atendimentos de rotina e caso avaliassem necessidade de atenção em saúde mental, encaminhavam às Equipes de Saúde Mental de seu

distrito ou para o Ambulatório, neste último caso apenas por meio de encaminhamento médico.

Após o encaminhamento do usuário ao CRSM, a primeira consulta ou acolhimento era, e é até hoje, realizado a princípio pela enfermeira e assistente social, ou por dois profissionais de nível superior que integram a equipe. Na sequência o usuário passa pelo atendimento psiquiátrico e, posteriormente, o mesmo é encaminhado para os atendimentos necessários com a equipe multiprofissional.

Em março de 2012 o CRSM ganha sede própria localizada no bairro Serrarias. Três médicos psiquiatras são contratados, aumentando a equipe. O Jornal Oi São José descreve as mudanças ocorridas e anuncia a construção de dois CAPS no município josefense:

O novo ambulatório de Saúde Mental de São José, [...] está em pleno atendimento, resolvendo um problema que se arrasta há anos, na prevenção e tratamento de distúrbios psíquicos e mentais. O espaço foi ampliado para suprir a demanda de pacientes, enquanto os dois CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial), atualmente em construção no bairro Areias não ficam prontos. [...] O ambulatório, que fica na Rua Caxambu, tem condições de atender cerca de 500 consultas por mês (Edição Abril de 2012).

Nesse mesmo ano o Ambulatório, buscando atender a elevada demanda, deu início ao processo de matriciamento. Os psiquiatras davam suporte às Equipes de Saúde da Família presentes nas 18 Unidades Básicas de Saúde de São José por meio de reuniões matriciais. A experiência durou apenas três meses devido a demissão dos psiquiatras contratados, permanecendo um único médico psiquiatra que deu prosseguimento aos atendimentos ambulatoriais, que somavam: 1200 usuários em acompanhamento e, aproximadamente, 800 em fila de espera aguardando atendimento.

No segundo semestre de 2012, as Equipes de Saúde Mental são desmembradas, os assistentes sociais são retirados das unidades básicas e aproveitados em outros serviços, como a própria secretaria de saúde, e os psicólogos passam a atender, em forma de psicoterapia individual ou grupal, a mesma demanda. Ambas as categorias são transferidas à responsabilidade da Atenção Básica de Saúde.

Em 20 de novembro de 2012 o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) é inaugurado sem nenhum profissional lotado no estabelecimento. O funcionamento de fato começou a acontecer em 2013, ano na qual a estruturação do serviço é colocada como uma ação dos 100 primeiros dias de governo da prefeita recém-eleita (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ, 2013). O CAPS II localiza-se em um loteamento no bairro Areias, bastante afastado do centro da cidade, onde o transporte público ainda não é viável, precisando o usuário utilizar os ônibus mais próximos ao local.

Dois anos depois, em 2 de março de 2015, o Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS i) é aberto no mesmo bairro, porém melhor localizado com transporte público acessível. A equipe é pequena faltando alguns profissionais para completar a equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

O Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPS ad) foi aberto ao público em 18 de maio de 2015. Localizado anexo ao CAPS II, sua estrutura física estava pronta desde 2012, mas apenas três anos depois uma pequena equipe foi formada, maioria vinda do CRSM, para dar início a este serviço.

Em setembro de 2015 três equipes de NASF – Núcleos de Apoio da Saúde da Família – são cadastrados, começando a atuar no município em dezembro do mesmo ano. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as ESF, por meio de discussões de casos clínicos e atendimentos compartilhados. Estas equipes têm como objetivos ampliar as ofertas de saúde na rede, melhorar a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Os NASF podem ser compostos por vários profissionais de diferentes disciplinas, sendo de responsabilidade da gestão municipal definir esta composição seguindo critérios de prioridade. Em São José, cada equipe de NASF apresenta, dentre outras formações, profissionais que atuam na área de saúde mental como psiquiatras e psicólogos. Para tanto, a maioria dos psicólogos que estavam atuando dentro das UBS passaram a compor os NASF, assim como metade da carga horária de alguns profissionais do CRSM foram disponibilizados ao NASF.

Atualmente (abril/2016), estas equipes de NASF estão distribuídas em três dos quatro distritos sanitários de São José, cada distrito com 4 a 6 UBS ou 8 a 11 ESF. Estão atuando de forma precária, na medida em que faltam profissionais em cada uma das equipes e não é

disponibilizado transporte, precisando os profissionais locomover-se entre uma UBS e outra com seu carro particular sem auxílio combustível.

Mesmo após a implantação destes serviços extra-hospitalares – CAPS II, CAPS i, CAPS ad e NASF – a única alternativa a atenção à crise mental aguda no município ainda é o Instituto São José e, principalmente, o IPq. Esta realidade não é exclusividade de São José, Vasconcelos (2010) aponta como um dos grandes desafios do modelo de reforma psiquiátrica o estabelecimento de uma rede integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva capaz de atender à crise. Para o autor os CAPS III seriam o serviço mais estratégico para este fim, contudo a redução de leitos em hospitais psiquiátricos não foi proporcional à abertura de serviços capazes de substituir o modelo hospitalar. Aquelas cidades com leitos psiquiátricos em hospitais gerais utilizam este recurso, na falta também desta alternativa, os municípios como São José, recorrem aos hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento<sup>4</sup>.

#### 4. ASSEMBLEIA DE USUÁRIOS E SAÚDE MENTAL

Um breve resgate da palavra assembleia foi realizado, partindo do seu uso na Atenas Clássica até seus diferentes significados atuais. Faz-se também um paralelo das possíveis mudanças trazidas pelo uso deste dispositivo, com as novas concepções de atenção e gestão em saúde no Brasil. Em seguida, destacam-se as assembleias utilizadas por Maxwell Jones e Franco Basaglia, importantes nomes da reforma psiquiátrica, e por fim descrevem-se alguns exemplos brasileiros de assembleia de usuários, com foco no estado catarinense.

Na experiência ateniense clássica as assembleias eram sistemas em que se atribuía o poder de tomada de todas as decisões políticas referentes à pólis ateniense. O comparecimento às assembleias era permitido a todos os cidadãos possibilitando ao povo de exercer o governo. Contudo, só eram considerados cidadãos os indivíduos do sexo masculino a partir dos dezoito anos de idade, nascidos de um casamento legal, em que os pais eram cidadãos atenienses e livres de

---

<sup>4</sup> Para melhor entendimento destas questões, recomenda-se a leitura de Vasconcelos 2010, lei 10.216 Artigo 4<sup>o</sup> (BRASIL, 2004b) e Portaria 3.088 Artigo 11<sup>o</sup> alínea 2 (BRASIL, 2011b).

nascença (CABRAL, 1997; GUIMARÃES; VIEIRA, 2012). Gerou-se um sistema político marcado por forte exclusão, já que uma parte da população não era considerada cidadã. Assim foram com os metecos, estrangeiros domiciliados em Atenas, os escravos, que constituíam a grande parte da população, as mulheres e os jovens com idade inferior a dezoito anos (CABRAL, 1997).

Mesmo entre os cidadãos a participação política não era igualitária. Cabral (1997) desmistifica a ideia de que a democracia ateniense assegurava a igualdade entre todos os seus cidadãos. Segundo o autor, há estudos mostrando a existência de indícios sugestivos de que “apenas um número reduzido de cidadãos exerciam o direito de falar na Assembleia” (p.289), reduzindo-se a fala a alguns líderes. Ainda assim, o bom cidadão de Atenas era aquele que se comprometia com a manutenção do bem comum fazendo-se presente nas assembleias, votando as leis e as decisões que entrariam em vigor. Fica claro que, para este homem grego, não bastava ter o atributo da cidadania, mas também ter a participação ativa nos problemas da pólis. Na democracia ateniense, os interesses públicos sempre deveriam estar à frente dos interesses de ordem particular (GUIMARÃES; VIEIRA, 2012).

Na atualidade a palavra assembleia é usada rotineiramente, ganhando diversos significados, Bontempo (2009) cita alguns: assembleia de Deus, assembleia legislativa, assembleia de trabalhadores e assembleia de condomínio. Com exceção do primeiro, os termos expressam ideias de organização e deliberação, indo ao encontro das assembleias da Atenas Clássica descrita anteriormente.

No dicionário Michaelis (2014) temos, em resumo, as seguintes definições: reunião de muitas pessoas para determinado fim; corporação, sociedade; concílio, congresso, junta. Também há vários tipos de assembleias, como a Assembleia Constituinte, deliberativa e eleitoral, todas, no entanto, pressupõem a reunião de pessoas com propósitos em comum.

Saindo das definições gerais para o campo da saúde mental, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) descreve a assembleia como um importante instrumento para o efetivo funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS:

[...] É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a

convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (BRASIL, 2004a, p. 17).

A inclusão do usuário na gestão do cotidiano institucional reforça o caráter de mudança do modelo manicomial ao de atenção psicossocial no Brasil, possibilitando a participação deste enquanto protagonista nos processos que envolvem a saúde. Corresponsabilizar os usuários pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem proporciona uma maior horizontalização das relações de poder (BONTEMPO, 2009; BRITO, 2006; CAMARGO, 2004).

Para Escóssia (2009) a criação de espaços coletivos nas práticas cotidianas de atenção e gestão, tais como a assembleia de usuários, estão sendo valorizadas por diversas políticas e programas de saúde pública no Brasil que estimulam, por meio de princípios e diretrizes, o diálogo entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares que constituem os sistemas de saúde, por considerarem que estes são aspectos indispensáveis ao processo de consolidação do SUS.

Desde 1988 com a Constituição Federal, o sistema único de saúde (SUS) traz como um de seus princípios a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Este princípio é ressaltado pela lei 8.142 de 1990 na qual estabelece as conferências de saúde e conselhos de saúde, instâncias colegiadas responsáveis pela participação da comunidade na gestão do SUS com representação paritária dos usuários (BRASIL, 1990; CAMPOS 2010).

Campos (2010) afirma que estes novos conceitos dependem de reformas na organização e processo de trabalho capazes de ampliar a democracia institucional. O autor defende a adoção de um sistema de gestão participativa que concretize formas de poder compartilhado entre gestores, equipe e usuários. Este novo modelo de gestão sugere que usuários e profissionais façam parte da gestão em todas suas etapas, ainda que com papel distinto dos administradores.

Os usuários teriam assegurada a condição de sujeitos com autonomia, com poderes de gestão quanto ao seu projeto terapêutico e maior vínculo com os profissionais possibilitando a corresponsabilização terapêutica. Estas mudanças alterariam a postura tradicional de tratamento do paciente como um objeto inerte que deveria acatar de forma acrítica e sem restrições todas as prescrições da equipe de saúde (AMARAL; CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2010).

As mudanças consequentes da realização de assembleia de usuários vão ao encontro das diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) e do novo modelo de atenção e gestão descrito por Campos (2010). A assembleia proporciona um espaço de comunicação horizontal entre usuários e profissionais, onde é possível reivindicar, sugerir e decidir conjuntamente, se corresponsabilizando pelo tratamento, rotina do serviço, direitos e deveres, num contínuo exercício de cidadania (BONTEMPO, 2009; COSTA; PAULON, 2012; MONTEIRO, 2010; TEIXEIRA; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009). Além disso, a assembleia tem função terapêutica, na medida em que é um espaço de expressão, de fala dos pacientes, de trocas sociais e que pode provocar mudanças (BONTEMPO, 2009).

Costa (2011) evidenciou em sua pesquisa de mestrado, ameaças a manutenção de antigas concepções manicomiais misturadas às práticas reformadoras, colocando como um desafio atual para a reforma psiquiátrica o risco dos serviços substitutivos como os CAPS reproduzirem a lógica tutelar. Para o autor os avanços no terreno macropolítico por meio de conquistas importantes como a lei 10.216/2001, não são suficientes se não houver avanços micropolíticos como maior protagonismo dos usuários. Para Monteiro (2010) a assembleia tem o potencial de provocar estes avanços, uma vez que estimula a capacidade dos usuários de se manterem em sociedade, auxiliando na desconstrução do processo de cronicidade da doença, por meio de uma expressão crítica de situações que incomodam.

Oliveira, Andrade e Goya (2012) e Surjus (2007) chamam a atenção para a inseparabilidade entre atenção e gestão trazida com o movimento da reforma psiquiátrica, importante entendimento para que os serviços extra-hospitalares possam se situar efetivamente como serviços abertos e comunitários, numa rede substitutiva ao asilo, capaz de impulsionar estratégias que possibilitem participação e liberdade de escolhas.

O processo de reforma psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, é um projeto de horizonte democrático e participativo, em que os usuários devem ser os principais protagonistas por meio das instancias previstas pelo SUS, como também no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental, possibilitando desta forma a construção de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

#### 4.1 AS ASSEMBLEIAS DE BELMONT E GORIZIA

Fins da década de 1940, Maxwell Jones inicia uma nova experiência na unidade de reabilitação social para internos com transtornos de personalidade no Hospital de Belmont –Inglaterra. Ele é inspirado pelos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman, em um período pós-guerra em que a sociedade europeia repudia a institucionalização de pessoas em hospitais psiquiátricos, ao compararem esta situação aos campos de concentração (AMARANTE, 2013b). Esta experiência é nomeada de comunidade terapêutica e conhecida como a terceira revolução em psiquiatria. A terapêutica individual dá espaço a uma abordagem coletiva e democrática, em que a participação dos pacientes alcança aspectos relacionados ao tratamento e instituição (JONES, 1972).

Com estes objetivos, Jones introduz assembleias diárias de discussões entre a equipe e pacientes, proporcionando uma comunicação livre e igualitária, indo de encontro à hierarquização dos papéis sociais vigente nas organizações hospitalares tradicionais (JONES, 1972). Amarante (2013b, p. 29) aborda as ações de Maxwell Jones na comunidade terapêutica:

[...] faz da “função terapêutica” uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. A realização de reuniões diárias e assembleias gerais, por exemplo, tem por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas (aspas do autor).

De Leon (2003) aponta as características da comunidade terapêutica, várias delas possíveis por meio das assembleias: a organização como um todo é responsável pelo resultado terapêutico; democratização é um elemento nuclear que proporciona a participação ativa dos pacientes nos assuntos da instituição; a comunicação tem alto valor.

Desta forma há uma importante transformação da dinâmica institucional asilar, mas sem a pretensão de substituí-la e sim de melhorá-la, tornando-a de toda terapêutica. Igualmente, os internos não deixam de ser internos, mas passam a ser agentes de sua existência asilar (AMARANTE, 2013b).

A comunidade terapêutica de Maxwell Jones é utilizada por Franco Basaglia, no início da década de 60, no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, Itália. A intenção foi utilizar o modelo apenas inicialmente para instauração de uma crise dentro do hospital, para depois possibilitar uma projeção da crítica à psiquiatria tradicional à sociedade em geral, porque para Basaglia não bastava humanizar o manicômio, mas superá-lo (AMARANTE, 2013b). O processo de transformação deste hospital foi descrito no livro “Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico” (BASAGLIA, 1991) pela equipe técnica dirigida por Franco Basaglia de 1961 a 1972. Num primeiro momento relatam-se as precárias condições de vida dos internos, em que a dominação, violência e ausência total de autonomia predominavam.

O jornalista Nino Vascon, coordenador do primeiro capítulo, afirma que este cenário “transforma-se com o início das atividades comunitárias, mais precisamente com a assembleia-geral.”(VASCON, 1991, p.24). A assembleia-geral era realizada todas as manhãs reunindo pacientes e profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) e, pelo menos naquele momento, não havia distinção entre eles. Os encontros eram abertos, ou seja, os pacientes escolhiam participar ou não, ajudavam a preparar a sala e responsabilizavam-se pelo andamento da reunião, presidindo-as. A rotina do hospital é dirigida a partir destes encontros, além de temas como salários (compensações que os internos recebiam por seus serviços) e as saídas da instituição.

Além da assembleia-geral havia as assembleias de setores, em sua maioria, também diárias. Como o próprio nome explicita, eram reuniões particularizadas pelos setores existentes, por exemplo, setor de alcoólatras e de admissão. A discussão surgia espontaneamente e prevaleciam os relatos de contato com a família, trabalho e sociedade em geral e permissões de saída. Decisões organizativas e resolução de alguns problemas também eram deliberadas nas assembleias de setor.

Vascon entrevistou alguns profissionais atuantes no hospital, como o enfermeiro Orlando Adrian e o próprio Franco Basaglia. Adrian lembra que o trabalho com os internos se limitava ao cuidado direto, sem estimulá-los para nada: "tomávamos conta dele, impedíamos que fizesse mal aos outros ou a si mesmo". O enfermeiro aponta que com o início das assembleias: "Sentimos que vai mudando, algo que dá sentido também aos doentes, que lhes incute responsabilidade".

Basaglia definiu as assembleias como uma ocasião para o encontro e confronto entre os integrantes do hospital que vai além de qualquer categorização. Uma vez que o diagnóstico tem valor de um juízo discriminatório, coloca-se este rótulo entre parênteses percebendo

o indivíduo como importante, desta forma a doença não é negada e consegue-se tomar consciência da representação deste indivíduo para outras pessoas, qual a realidade social em que vive e como se relaciona com esta realidade. Para o autor, a realidade primeira dos internos é o fato de serem homens sem direitos, excluídos e em relação a quem se pode tudo. É na contramão disto que as assembleias começaram a acontecer e os doentes passaram a ter a possibilidade de decidir, iniciando pela escolha de participar ou não destas reuniões.

O capítulo “Mito e realidade da autogestão” escrito por Antonio Slavich enumera quatro grupos de tipos de decisões que na prática podem ser debatidos nas assembleias. No primeiro grupo ele aponta algumas decisões importantes em que o paciente não tem poder algum, seriam a liberação, transferência, passeios e visitas; segundo tipo de decisões são as “terapêuticas”, nessas o doente conta com certa margem de contestação, mas a decisão final é do médico, pois é ele quem detém o poder técnico; as decisões administrativas internas são apontadas no terceiro grupo em que o paciente pode interferir de maneira limitada; o último grupo representa as possibilidades reais de interferência do paciente, são as decisões de convivência no interior do hospital, da organização de algumas atividades e do lazer.

Para Slaviach (1991) tanto na assembleia-geral quanto a de setor, as possibilidades de decisões dos doentes esbarravam nos limites da instituição e poder médico, estas limitações impossibilitavam uma "autogestão", contudo o autor destaca que os internos começaram a ter alguma contestação e participação real nas dinâmicas institucionais, modificando as relações entre os diversos papéis e posições de poder, além de saírem de seu condicionamento institucional compreendendo o significado e a finalidade das transformações que estavam acontecendo dentro daquela instituição.

## 4.2 EXEMPLOS BRASILEIROS DE ASSEMBLEIA DE USUÁRIOS

Brito (2006) e Bontempo (2009) trazem o tema assembleia de usuários como tema central de suas publicações. Por meio de observação participante e leitura das atas das assembleias, Brito (2006) observou que no CAPS Novo Tempo em Campinas – São Paulo estava havendo um esvaziamento das assembleias de usuários. A pesquisadora compreendeu ser devida pouca resolutividade aos encaminhamentos sugeridos pelos participantes, além das queixas trazidas serem consideradas questões pessoais.

Bontempo (2009) mostra a concepção e o funcionamento da assembleia de usuários de um CAPS infantil - em Betim, Minas Gerais. Implantado em 1997, a assembleia é considerada pelos profissionais deste serviço como uma estratégia de participação dos usuários em seu tratamento, discussão das atividades e dificuldades diárias.

Em um estudo sobre a compreensão de usuários sobre a atenção em saúde mental, realizado em dez CAPS de Fortaleza, os pesquisadores descrevem, como primeiro resultado encontrado, o fato das assembleias de usuários não aparecerem nos discursos dos usuários durante todas as entrevistas (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

Em sua dissertação de mestrado sobre micropolítica e participação em saúde mental, Costa (2011) relatou que no CAPS II de Alegrete, município do Rio Grande do Sul, havia assembleias de usuários com o objetivo de fomentar maior participação dos usuários no cotidiano do serviço, como as atividades realizadas.

Pouco há na literatura exemplos de assembleias em serviços de saúde mental em Santa Catarina. Dos estudos encontrados a maioria é referente ao CAPS II de Florianópolis, conhecido como CAPS Ponta do Coral. Assim, a descrição realizada, muito possivelmente, não contempla todos os exemplos de assembleia realizada no estado.

Pruner e Sardá (2003) prestaram assistência de enfermagem ao Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS de Florianópolis, atual CAPS Ponta do Coral, como requisito para conclusão de curso de enfermagem. Já naquela época (2003) elas registraram a presença do dispositivo de assembleia de usuários no serviço:

Durante as primeiras semanas de estágio no NAPS - Ponta do Coral, optamos por conhecer melhor o local, os demais usuários e a equipe técnica. Participamos de oficinas, destacando-se as de teatro, dança, música, mosaico, terra e cerâmica e assembleia dos usuários (p.57).

Por meio de entrevistas com profissionais do CAPS II de Florianópolis, Silva (2004) pontua que a equipe entende a assembleia de usuários como um contínuo processo de reabilitação psicossocial. Um dos profissionais afirma que na assembleia, os usuários têm a possibilidade de discutir sobre as regras de convivência, suas dificuldades e dar sugestões, além de criar e reavaliar normas. No entanto, a autora levanta uma importante reflexão ao considerar que a assembleia pode limitar-se a uma transformação das relações

intrainstitucionais caso não amplie sua contribuição ao espaço social. É o que aparece na fala de outra profissional: “(...) o que é decidido ali, está decidido. Não dá pra mudar. Eles te cobram. Desde o início a gente fez funcionar, sabendo do risco, podia ameaçar a própria instituição.” (p.28).

Scalzavara (2006) também entrevistou profissionais do CAPS Ponta do Coral. O objeto geral das entrevistas era a reforma psiquiátrica brasileira, o tema assembleia foi discutido a partir dos questionamentos sobre a participação dos usuários no serviço:

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembleia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço [...] (p.81).

Os técnicos relataram sobre os assuntos discutidos nas assembleias e como este espaço é utilizado pelos usuários:

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembleia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS [...] (J, 22/3/2006) (p. 82).

Os usuários, nós temos a assembleia dos usuários; então, na assembleia se discute algumas questões, por exemplo, às vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembleia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa (LÉLI, 4/4/2006) (p. 84, colchetes do autor).

Grigolo e Pappian (2014) realizaram grupo focal com profissionais de um CAPS II do norte do estado e, por meio do tema autonomia, alguns participantes relatam sobre a assembleia realizada na unidade, “A quantidade de usuários na assembleia não é tão crescente quanto a qualidade da participação, dos assuntos que eles trazem, é impressionante.” (p. 20). Também pontuam uma experiência em que os usuários participaram ainda mais da assembleia após conhecerem seus direitos: “Isso faz diferença e a gente vê o reflexo disso na prática. Olha como melhorou a qualidade das nossas assembleias, como eles tem se posicionado quando as coisas acontecem aqui no CAPS” (p. 20).

O CAPS ad Continente em Florianópolis, também realiza assembleia de usuários. Horr e Mendes (2014) ao relatar a experiência de uma intervenção e construção de um projeto terapêutico singular, trazem a assembleia de usuários como um ambiente deliberativo. O exemplo descrito por eles é de um usuário que obteve aprovação da assembleia para a realização de uma ideia:

Essa ideia foi levada por ele para a assembleia de usuários do CAPS ad e se tornou uma nova oficina. Também foi votado na assembleia o nome do jornal e nasceu o ‘Nossa Voz’” (p.94, grifo do autor).

## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa, utilizando-se do método de pesquisa exploratória e técnica de grupo focal e entrevista. Ao abordar o tema da pesquisa qualitativa, Minayo (2009) diferencia a natureza desta abordagem da quantitativa, para a autora a primeira aprofunda-se nos significados e ações humanas, enquanto a segunda apreende o que é visível do fenômeno, apenas aquilo que é perceptível. A abordagem qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Os autores Bauer e Gaskell (2005), indo ao encontro das colocações de Minayo, pontuam que a finalidade desta abordagem é "explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão" (p. 68).

A pesquisa qualitativa também é chamada de interpretativa, uma vez que não existem observações objetivas, o olhar do pesquisador e dos demais participantes da pesquisa sempre será filtrado pela história pessoal, biografia, gênero, classe social, raça e etnicidade. Assim a abordagem qualitativa não é isenta de valores e pressupostos, pois o "viés" do pesquisador é um determinante que precisa ser considerado na pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2006). Minayo (2008) amplia a discussão afirmando que toda a ciência passa pela subjetividade e interesses diversos. A autora complementa:

[...] cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o municie na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos (Minayo, 2008, p. 42).

É a partir deste entendimento que a autora desta pesquisa lançou-se à coleta, análise e interpretação dos dados. O fato da pesquisadora também atuar como psicóloga no local de estudo, exigiram cuidados que possibilitassem a diferenciação entre o papel de psicóloga do serviço e o papel de pesquisadora. Contudo, esta condição também gerou facilidades, como o acesso ao local e participantes da pesquisa, assim como informações privilegiadas quanto ao funcionamento e história da saúde mental do município.

Para Gil (2007) é possível agrupar as mais diversas pesquisas em três grupos de acordo com o objetivo geral do estudo, são eles: descritivos, explicativos e exploratórios. A pesquisa exploratória foi a utilizada para o alcance dos objetivos desta dissertação.

Para o autor, as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral acerca de determinado fato. É comum envolverem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas e estudos de caso, sendo pouco frequente procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Inaugurado em novembro de 2012, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II é o primeiro dispositivo de atenção psicossocial especializado a ser implantado no município de São José. Os primeiros meses foram apenas de estruturação, com a contratação de profissionais sem efetivo atendimento à população. Psicólogos, assistente social, técnicos de enfermagem e enfermeiro foram os primeiros técnicos a compor a equipe, que, até o momento, não se encontra completa conforme o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b). Além dos profissionais fixos, a instituição conta com estagiários da graduação de psicologia e enfermagem.

Conforme o Protocolo de Atendimento e Funcionamento que está sendo escrito pela equipe técnica do serviço, a unidade atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes que necessitem de um cuidado sistemático em saúde mental. O objetivo principal é a constante tentativa de romper com o modelo hospitalocêntrico, no oferecimento de cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com enfoque de estimular a cidadania e inclusão social dos usuários e suas famílias.

Funciona de segunda a sexta feira, das 7h00min às 18h00min. Sendo que até as 17h00min a pessoa pode procurar o serviço para um primeiro acolhimento. Esta procura pode ser com ou sem encaminhamento de outros serviços. As instituições que mais encaminham são o IPq, UBS, Ministério Público e Poder Judiciário, seguidos do Instituto São José e serviços da secretaria de assistência social. O acolhimento é o primeiro contato da pessoa com o serviço, é neste espaço que o profissional, qualquer um da equipe técnica com exceção do médico, tentará conhecer a pessoa e sua demanda. Em reunião semanal da equipe multiprofissional o acolhimento realizado é discutido, buscando avaliar se o CAPS II é o serviço mais adequado

para aquela pessoa. Caso não seja, um encaminhamento é realizado para os demais serviços da rede.

No caso da pessoa permanecer no serviço um Projeto Terapêutico Singular (PTS) é elaborado contemplando os atendimentos e as atividades que o usuário fará parte. O PTS deve ser realizado pelo técnico responsável pelo acolhimento em conjunto com o usuário e seu familiar, buscando avaliar os interesses e necessidades daquele usuário associados às possibilidades do serviço e equipe. Em comum todos os PTS têm os atendimentos psiquiátricos individuais com diferentes frequências de retornos.

Há de se questionar se o PTS realizado nesta instituição pode ser considerado um real Projeto Terapêutico Singular, visto que na prática do serviço “fazer um PTS” significa agendar para o usuário uma consulta com psiquiatra, o mais breve possível, assinar um contrato terapêutico e inseri-lo num grupo ou, em alguns casos, atendimento psicoterápico individual. Depois disto feito, muito pouco do plano é modificado até a alta do paciente.

O contrato terapêutico refere-se a algumas regras do serviço como faltas e atrasos. Solicita-se que o usuário ou familiar justifique eventuais faltas e que não atrase mais de 10 minutos. Outro item do contrato acena sobre o usuário ou familiar comunicar o serviço na existência de alguma intercorrência, para possibilitar que a equipe reflita estratégias de auxílio.

Sobre o Terapeuta de Referência (TR), algumas tentativas foram feitas no sentido de efetivação desta prática. Primeiro cada técnico seria Terapeuta de Referência dos usuários de um único distrito sanitário, depois houve modificação para o TR ser aquele mesmo técnico que acolhe. Esta última opção é a proposta atual, no entanto, parece estar restrita à realização do PTS no início do tratamento do usuário. Vale pontuar que a maioria destas questões são discutidas e decididas em reuniões semanais de equipe.

As reuniões semanais de equipe tem duração de três horas e 30 minutos e caracterizam-se, principalmente, pela discussão dos casos acolhidos na última semana e relato dos médicos quanto àqueles usuários iniciados em atendimento psiquiátrico. Também se discute em equipe quando algum usuário, já em acompanhamento, apresenta importante melhora ou novas queixas. Uma vez ao mês a última hora da reunião de equipe é cedida para reunião geral do serviço, em que os técnicos administrativos também participam. Este espaço é reservado para discussões sobre o processo de trabalho e rotina do CAPS.

Com relação às atividades realizadas, a unidade oferece visitas domiciliares e institucionais, atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, realização de festas, caminhadas, e suporte aos familiares por meio dos encontros de família e atendimentos pontuais.

Um levantamento de algumas variáveis dos usuários e profissionais do CAPS foi realizado. Inicia-se descrevendo as características dos usuários do serviço. Até maio de 2015, 93 pessoas estavam em atendimento, sendo 61 homens e 32 mulheres. A idade variou de 18 à 65 anos, numa distribuição com intervalos de classe com amplitude igual a 5 anos temos os seguintes dados:

Quadro 1. Relação dos usuários ativos segundo faixa etária, CAPS II do município de São José, Santa Catarina, dados colhidos em maio de 2015.

<b>Idade</b>	<b>Usuários (%)</b>
18 a 23	13
24 a 29	19
30 a 35	22
36 a 41	13
42 a 47	6
48 a 53	13
54 a 59	11
60 a 65	3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Fonte: CAPS II/SJ.

Observa-se que um pouco mais da metade, 54 %, são jovens de 18 a 35 anos e um número reduzido, 3%, são idosos. Uma possibilidade de explicação para estes números é a idade reconhecida mundialmente (APA, 2013) para o primeiro surto psicótico, que acaba levando os familiares do usuário a procurar ajuda especializada. A idade inicial de 18 anos é devida o local só atender adultos, o público infanto-juvenil é atendido no CAPS i.

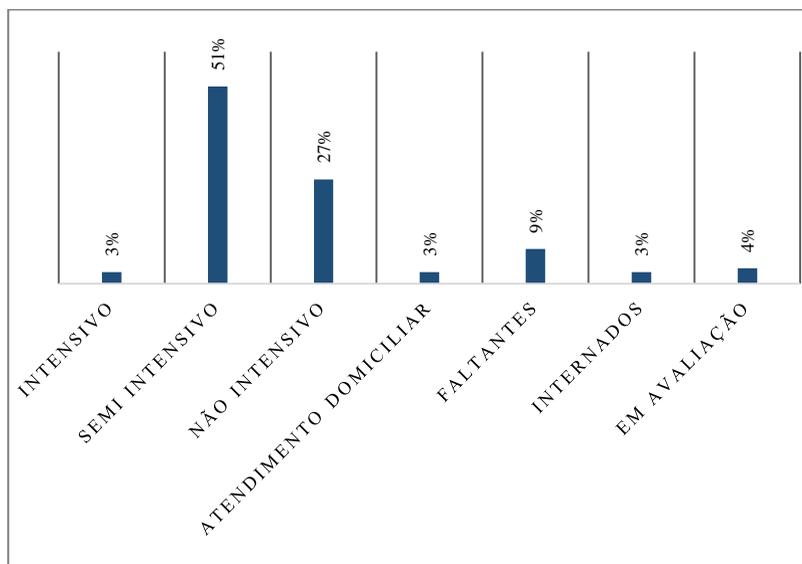
A escolaridade dos usuários é, em sua maioria, ensino fundamental incompleto (37%) e ensino médio completo (30%). Os demais estão entre ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, 8% e 15% respectivamente, sem escolarização são 3%, superior incompleto é 1% e nenhum usuário tem graduação. Dos 93 prontuários, 6% não continham a informação sobre escolaridade.

Quanto ao diagnóstico dos usuários, o serviço registrou que 55% deles deram entrada com o diagnóstico de esquizofrenia (Classificação Internacional de Doenças – CID 10: F20) escrito em seus encaminhamentos, destes 6% também tinham o diagnóstico de retardo mental associado (CID 10: F70). O segundo transtorno mais frequente foi o transtorno bipolar (CID 10: F31) com 17%, sendo 19% destes com outros diagnósticos adicionados (CID 10: F42, F19 e F12). O diagnóstico de psicose não orgânica não especificada foi de 5%. Outros diagnósticos representam 8% dos usuários e 15% não chegaram com um diagnóstico definido.

Grande parte dos usuários está sendo acompanhado no CAPS desde 2013, primeiro ano de real funcionamento do serviço, são 8% do primeiro semestre e 39% do segundo, aproximando-se da metade do número de usuários ativos. De 2014 conta-se 32% dos prontuários e 21% deram entrada até abril de 2015.

Os tipos de atendimentos prestados aos usuários estão especificados no gráfico abaixo:

Gráfico 1. Relação de usuários ativos segundo tipo de atendimento, CAPS II do município de São José, Santa Catarina, dados colhidos em maio de 2015.



Fonte: CAPS II/SJ.

Utilizando-se das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) entende-se atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo como modalidades de atendimento diferenciadas de acordo com a atenção necessária para cada usuário. Assim, uma pessoa em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, poderá ser assistida pela equipe diariamente, caracterizando a modalidade intensiva. Até 12 atendimentos ao mês é considerado semi-intensivo, principal modalidade oferecida no CAPS em estudo, e o não intensivo até 03 vezes ao mês nos casos em que o usuário não necessita mais da atenção contínua.

As modalidades acima descritas não foram suficientes para qualificar o atendimento prestado aos usuários do serviço, deste modo utilizou-se de outras nomeações. É o caso do atendimento domiciliar prestado aos casos em que a pessoa não consegue ou não quer ir ao CAPS, mas que necessita de cuidados, a frequência é quinzenal ou mensal. Faltantes são aqueles que se ausentaram a dois atendimentos seguidos sem justificativa, cabe ao Terapeuta de Referência (TR) fazer uma busca através de contato telefônico ou visita domiciliar. Internados são os usuários acompanhados pelo CAPS, mas que no momento, estão em hospitais psiquiátricos. Por último, em avaliação, é o termo utilizado para o processo entre o acolhimento e realização do PTS.

A equipe técnica mínima do CAPS II de São José, como citado anteriormente, ainda não está completa, faltando três profissionais de nível médio para compor a equipe (BRASIL, 2004b). Cabe pontuar que, muito provavelmente, apenas uma equipe mínima não seja suficiente para um CAPS II em município ultrapassando 200 mil habitantes. Mas, deixa-se esta discussão para a gestão municipal. A seguir, a constituição da equipe técnica do CAPS II de São José:

Quadro 2 – Equipe técnica CAPS II São José/SC segundo função desempenhada, carga horária, ano de entrada no serviço e formação. Dados de novembro de 2015.

Quantidade	Função	Carga horária	Entrada no CAPS	Formação
1	Coordenação\ Enfermeiro	30 horas	2013	Pós-graduação
1	Médico Psiquiatra	20 horas	2014	Pós-graduação
1	Psicólogo	40 horas	2013	Pós-graduação
1	Assistente Social	40 horas	2012	Pós-graduação
2	Técnicos de Enfermagem	30 horas	2014/ 2015	Pós-graduação
1	Terapeuta Ocupacional	30 horas	2015	Pós-graduação
1	Farmacêutico	30 horas	2014	Pós-graduação
1	Técnico Admin.	30 horas	2014	Pós-graduação

Fonte: CAPS II São José

Dos usuários e profissionais acima descritos, participaram da pesquisa oito usuários e dois profissionais que demonstraram disponibilidade e interesse ao projeto de pesquisa, critério de inclusão considerado aos dois grupos. Em relação aos usuários, outro critério de inclusão foi estar em atendimento intensivo ou semi-intensivo, visto serem aqueles que mais conhecem o serviço, participando de atendimentos diversos. O critério de exclusão foi apresentar sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, incapacitantes à discussão no momento da coleta de dados.

Para os profissionais participarem da pesquisa era necessário estar trabalhando por no mínimo um ano no CAPS e fazer parte da equipe técnica, desenvolvendo ações de atenção junto aos usuários e

participando das reuniões de equipe. Os critérios de exclusão foram: exercer cargo comissionado ou de confiança e estar afastado do trabalho.

Cabe destacar que, devido este trabalho identificar o local de pesquisa, optou-se pela caracterização geral dos usuários e profissionais, uma vez que evidenciar as características dos participantes poderia facilitar a identificação destes, prejudicando o sigilo necessário à ética e respeito aos participantes da pesquisa.

## 5.2 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados deu-se por meio de grupos focais com oito usuários e entrevistas semi-estruturadas com dois usuários e dois profissionais. Backes et al. (2011) caracteriza o grupo focal como uma técnica de entrevista em grupo, em que a interação é parte importante do método. Para os autores os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista sobre um tema, gerando perguntas e buscando respostas. Assim, o grupo focal destaca-se entre as outras técnicas quanto ao nível reflexivo que pode atingir.

Objetivando debater o tema assembleia, foram realizados dois encontros de grupo focal com oito usuários, indo ao encontro da média referida por Backes et al (2011) quanto ao número de reuniões e de usuários participantes. Foi utilizada uma das salas amplas do CAPS, já destinada aos grupos realizados no serviço. As cadeiras foram organizadas em círculo de forma a facilitar a discussão e melhor visibilidade de cada um dos presentes.

O primeiro encontro contou com espaço para informações breves sobre a pesquisa, clarificação das dúvidas e solicitação de gravação de áudio. Não foi necessário prolongar-se nas informações devido leitura e assinatura prévia de todos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após perceber que os participantes estavam tranquilos e sem dúvidas, a pesquisadora iniciou com uma pergunta, sendo discutidos os dois primeiros itens do roteiro (vide apêndice C). Nesta reunião um dos usuários faltou.

Na semana seguinte o segundo encontro foi realizado, estavam todos os oito presentes. Um participante voluntariou-se a, resumidamente, contar o que foi discutido na reunião anterior, atualizando o usuário faltante. Também neste encontro foi solicitada a gravação de áudio e a discussão foi voltada aos demais itens do roteiro. No final do encontro, a pesquisadora verificou com os presentes dois

interessados a participar do segundo momento de coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas, sendo informantes-chave para a pesquisa.

Para Bauer e Gaskel (2005) através da pesquisa com entrevistas, várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. As entrevistas podem ser estruturadas, abertas ou semi-estruturadas, nesta pesquisa optou-se pela entrevista semi-estruturada com o objetivo de possibilitar maior aprofundamento sobre a temática em questão. Para as entrevistas com cada um dos usuários foi utilizado um dos consultórios do serviço. As entrevistas com os profissionais foram realizadas em suas salas de atendimento. Anterior a cada entrevista, a pesquisadora pediu permissão para gravação de áudio.

Tanto a pesquisadora como os espaços, sala de grupo e consultórios, eram bastante familiares a todos os participantes da pesquisa, este fato pareceu evitar sentimentos desconfortáveis como timidez, ansiedade e constrangimento.

O momento da apresentação do TCLE possibilitou alguma diferenciação do papel de pesquisadora e o papel de psicóloga do serviço, assim como em cada grupo focal e cada entrevista a pesquisadora falava enquanto tal, explicando estar naquele momento fazendo uma pesquisa e não um atendimento ou discussão de caso.

A escolha pela utilização de gravador na coleta de dados foi para evitar a necessidade de anotações, possibilitando maior concentração na fala dos participantes (BAUER; GASKEL, 2005). A gravação também contribuiu para a análise dos dados que partiu da transcrição dos áudios.

### 5.3 ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de análise de dados utilizado foi a Análise de Conteúdo. Esta metodologia possibilita analisar conteúdos de mensagens a partir da perspectiva qualitativa, e utilizar inferências que permitam descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos. Indo ao encontro de Gomes (2009), a análise dos dados desta pesquisa seguiu os seguintes procedimentos: decomposição do material em partes a partir de temas e contextos em comum; distribuição destas partes em categorias; descrição dos resultados da categorização; inferências dos resultados e interpretação destes com o auxílio da pesquisa bibliográfica e exploratória.

Foram três as categorias resultantes deste processo a serem discutidas:

1. Assembleia como possibilidade de participação e escolhas;

2. Assembleia como um espaço de pertencimento;
3. Assembleia como expressão de poder.

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa considerou as recomendações da Resolução nº 466/2012, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), aprovada e autorizada pelo protocolo CAAE 49328315.0.0000.0121 (vide anexo 1). Foi também autorizado pela coordenadora do CAPS II/São José onde foi realizada a pesquisa (vide anexo 2).

Dentre as exigências da resolução 466/2012, todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. Os participantes oficializaram suas participações através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide apêndices A e B).

A fim de preservar a identidade das pessoas entrevistadas os usuários serão identificados pela letra maiúscula U somada a um número: U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7 e U8, e os profissionais pelos códigos P1 e P2.

## 6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas discussões dos grupos focais e entrevistas observa-se que tanto os usuários como os profissionais buscaram de suas experiências concretas sentido à expressão “assembleia de usuários”. U1 participa de assembleias em seu condomínio, U3 participava destas reuniões na empresa ao qual trabalhava, assim como P2 relatou ter participado de assembleias em seus outros locais de trabalho, U5 e P1 lembraram-se de exemplos assistidos na televisão, como em filmes e noticiários. Para os poucos usuários em que o tema era novidade, logo demonstraram obter algum conhecimento a partir das discussões trazidas pelos colegas.

### 6.1 ASSEMBLEIA COMO POSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO E ESCOLHAS

O movimento de reforma psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo, no qual os usuários dos serviços substitutivos, como os CAPS, são importantes protagonistas. A participação destes usuários, em conjunto de seus familiares e trabalhadores em saúde, no cotidiano dos serviços da rede psicossocial, contribuem sobremaneira aos avanços da reforma e garantia de seus direitos (BRASIL, 2005).

O discurso dos usuários reflete o processo de reforma psiquiátrica que no município de São José está em pleno acontecimento, com a implantação recente de serviços comunitários ao lado de hospitais psiquiátricos de grande influência em toda a região. O usuário U6, por exemplo, mesmo utilizando-se de um serviço extra-hospitalar, parece ainda buscar o direito à participação e percebe na assembleia uma possibilidade de mudança:

É reivindicar nossos direitos né. Reivindica nossos direitos, nós também somos seres humanos, tem que reivindicar alguma coisa, ninguém faz nada, olha ai, pode se reuni pra ter mais do que uma cabeça pensante, não tem só uma tem várias né pra pensar.

O usuário U1 concorda que a assembleia seja um espaço de reivindicação de direitos e amplia as possibilidades da assembleia, acrescentando a participação de todos nas decisões do cotidiano do CAPS:

Porque todo mundo teria mais condições de reivindicar direitos né. Acho que é importante, é uma questão de cidadania.

Todos deveriam participar né, para dar suas opiniões, reivindica direitos, fazer uma queixa, se tiver uma queixa né, dar opinião sobre os grupos, sobre a terapia, sobre o medicamento, acho que é isso.

A assembleia seria um espaço de encontro que pressupõe diferenças e até mesmo interesses divergentes, onde a experiência de cada um e suas estratégias pessoais orientam os encontros. Neste sentido, a assembleia tem o propósito de estabelecer um lugar onde a palavra de cada um é escutada e considerada, ainda que ela não tenha convergência com o dizer da maioria dos participantes (BONTEMPO, 2009).

No entanto, observa-se no CAPS pesquisado pouca possibilidade de participação e escolhas dos usuários. Quando o usuário é inserido no serviço, ele retorna com o técnico que o acolheu - seu terapeuta de referência - e esse fará seu PTS, ou seja, agendamento com psiquiatra e outros atendimentos. É neste “outros” que o usuário poderá ter alguma escolha, mas limitada às possibilidades de atividades oferecidas, vagas disponíveis e frequência estabelecida pela equipe ou TR.

Por meio do diálogo abaixo, percebe-se que os usuários também não são envolvidos no planejamento das normas da instituição, sendo que alguns até mesmo desconhecem tais normas:

É eu gostaria que aqui no CAPS fosse uma coisa mais organizada né. Ah, muita gente falta e não dá satisfação, porque vem porque não vem, falta três, quatro dias e não dá satisfação (U6).

É verdade (U4).

Estas falando dos pacientes que faltam né. Já tem essa regra aqui, pra quem falta e não falta. Já tem essa regra, essa regra já existe (U7).

Ah, já existe? (U4).

Já tem (U7).

Esta descrição coincide com os resultados de outros estudos (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012) que observaram nos CAPS aos quais pesquisaram uma estrutura mais rígida onde os usuários não tinham possibilidade de gestão e invenção das atividades, porque as decisões eram tomadas apenas pelos profissionais.

Uma mudança neste cenário poderia ocorrer por meio da participação ativa dos usuários, não só em seus projetos terapêuticos, como também nas normas e rotina do CAPS. Para ser possível uma construção coletiva do protagonismo é fundamental que o usuário saia da condição de objeto para a criação de formas concretas que produzam um sujeito político e ator (TEIXEIRA; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009; TORRE; AMARANTE, 2001).

Para Oliveira, Andrade e Goya (2012) os profissionais estão acordando os projetos com os usuários sem de fato discutir, portanto mesmo que o profissional acredite que está fazendo o melhor pelo usuário, no momento em que não há o acordo terapêutico claro e escuta qualificada, geram-se conflitos, sentimentos de ser segregado da participação e novamente excluído. Estes são os riscos que os CAPS, e demais serviços substitutivos, precisam evitar para não reescrever uma nova roupagem para os hospitais psiquiátricos.

Bontempo (2009) relata uma experiência em que a equipe técnica de um CAPS infantil sentiu a necessidade de criar uma estratégia que possibilitasse a participação dos usuários na construção de seu projeto terapêutico individual. A mudança realizada foi a implantação de assembleias. Além do PTS, o espaço serviu para a discussão sobre as atividades e dificuldades relacionadas com o dia a dia do serviço.

No CAPS II São José todas as atividades realizadas como grupos, oficinas, confraternizações e passeios, assim como a rotina da instituição é discutida e decidida nas reuniões semanais de equipe, onde estão presentes somente os profissionais e coordenação da unidade. Em alguns momentos, a equipe também é alienada das decisões, quando estas são deliberadas apenas pela coordenação imediata e/ou demais gestores.

Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos profissionais se complementem ou que haja solidariedade no cuidado. Isso pode acarretar falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de participação no cuidado de si. É necessário alterações nos modos de

organização do trabalho em saúde, para a criação de uma gestão mais compartilhada e democrática nos serviços, que incluem o cotidiano das práticas de saúde e as relações entre usuários, sua família e rede social com a equipe (BRASIL, 2009).

Para Basaglia (1991) a assembleia deve ser um espaço de escolhas desde a decisão de participar ou não, sendo importante que a presença de todos seja voluntária. Assim, ninguém decidiria pelos usuários como, historicamente, ocorreu. Nas dos loucos, asilos e hospitais psiquiátricos foram lugares socialmente designados aos considerados loucos, nos quais havia pouca ou nenhuma possibilidade de escolhas. De mesmo entendimento do autor, U1 e P1 falam sobre a participação nas assembleias:

Seria um convite. Se a pessoa quisesse participar vinha, não é obrigatório (U1).

Dar o direito deles de quem quer participar de quem não quer, se eles acham importante também ou não, porque talvez nós achamos importante e eles talvez não achem, acho que é assim, seria bem importante (P1).

Metade dos usuários condiciona sua presença caso a assembleia seja realizada no mesmo dia em que já estão presentes no CAPS para as demais atividades. Outra metade foi convicta em dizer que compareceria em qualquer dia que fosse realizada. A questão da localização da instituição é trazida como justificativa por aqueles reticentes a comparecerem outros dias:

Não, não vir só pra isso, pra mim me deslocar é difícil (U2).

Mesma coisa, por causa da distância (U5).

Realmente o CAPS localiza-se em um bairro distante do centro da cidade, numa rua com bastantes terrenos baldios sem parada de ônibus, influenciando sobremaneira a vinda dos usuários ao serviço, por sentirem-se desencorajados na tentativa de ir e vir de ônibus. Contudo, a opinião de todos coincide no momento que U4 propõe uma alternativa:

Então um dia faz na quinta e outro dia na terça, alternar claro (U4).

É pode alternar (U1).

Sim claro porque ai não fica junto com a primeira. Uma vez ao mês, uma terça e uma quinta-feira, das nove às onze e meia (U4).

Destaca-se neste diálogo, a movimentação dos próprios usuários em pensar uma estratégia que fosse conveniente para todos. A ideia proposta por U4 motiva até mesmo aqueles que talvez não fossem participar, e estende suas consequências ao profissional P1 que também relatou ter interesse, mas dependeria do encontro coincidir com seu horário de trabalho. O profissional P2 tem uma condição diferente sobre participar ou não do encontro:

Na verdade é que a gente tem que ver alguma maneira de virar produção, porque é o que importa ao sistema a produção, então acho que se isso for considerado uma produção, acho que não teria problema nenhum. Acho que isso tem que mudar, senão parece que a única função aqui é ficar atendendo.

Esse profissional refere-se a uma ficha que deve ser diariamente preenchida por todos os profissionais dos serviços da secretaria de saúde, contendo os nomes, idades e diagnósticos de cada usuário atendido e tipo de atendimento prestado. No CAPS esta ficha também é utilizada para um levantamento mensal da quantidade de atendimentos realizados. A quantidade de atendimentos é considerada importante para a gestão, visto que algumas categorias de profissionais ganham gratificação por produção, ou seja, quanto mais atende mais acrescenta ao seu salário. Contudo, nos CAPS do município, diferente do que ocorre nas UBS e NASF por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, a qualidade destes atendimentos não é avaliada nem estimulada.

A organização do espaço-tempo da assembleia também foi tema de discussão. O usuário U1 tem a possibilidade de colaborar bastante, a partir de sua história de vida na qual a assembleia pareceu fazer parte:

Eu acho legal, acho importante. Eu vejo muita assembleia de condomínio [...] Lá reúnem as pessoas, ai tem a ata, lista de presença, uma folha

com os assuntos que vão ser pautados para discussão, aí tem um debate e depois do debate tem as votações.

Já participei de uma quando eu era... quando uns colegas meus na escola né, e reivindica direitos, assim como um melhor lanche, reivindica educação física, os professores. Então eu participo de reunião de condomínio, assembleia de condomínio, minha mãe era síndica e eu ia ajudar ela, assessor. Tudo tem uma pauta, a assembleia daqui também vai ter. É tudo tem que ser registrado na ata. Quando eu morava no outro apartamento ia também.

Outros usuários também dão sua opinião de como deveria se organizar os encontros de assembleia:

Tem que ter o presidente e o leitor de ata (U3).

Acho que não precisaria é do tesoureiro, que ele falou (U7).

É, é tesoureiro acho que não, mas presidente e relator tem que ter. O relator é o que dá o relatório da ata assim. Vai os assuntos que foi pautado, a frequência, quantos frequentaram, os assuntos que foi discutido, quem votou tal assunto a favor, quem votou contra, o dia mês e o ano da reunião (U1).

Tem que entregar uma folha com o que vai discutir ali, aí quem marca quem acertar ou não (U5).

Bontempo (2009) relata que no CAPS onde atua, os profissionais perceberam que a própria organização do lugar onde é realizada a assembleia interfere na forma de participação dos usuários. Assim, nada é definido a priori para que seja possível que os usuários, que decidirem participar do encontro, possam avaliar em conjunto. Além disso, todas as reuniões da assembleia são registradas em atas para serem lidas no encontro seguinte. Os profissionais estimulam os usuários a elaborarem a ata e, quando estes acham possível, o fazem.

Ainda sobre a organização da assembleia, U1 aponta a necessidade de se decidir sobre a frequência dos encontros. A maioria prefere que não seja semanal. Esta frequência mais espaçada é justificada:

Uma vez ao mês, senão fica muita assembleia e não tem assunto nenhum, uma vez ao mês ta bom (U4).

Dava para trazer assunto novo pra discutir (U1).

É mais tempo para o cara pensar né (U5).

Pra pensar, claro (U4).

Será que semanal não é muito? Talvez quinzenal, mensal, para não acabar ficando assuntos pequenos e eles acabarem sentindo isso. Porque é verdade, a partir do momento que tu vê que fica assunto muito... é ruim. Fazer um grupo de qualquer jeito não. Também não tenho experiência nisso, mas eu acho que se fizermos menos vezes acho que acaba motivando mais e aí tu traz assuntos mais relevantes mesmo, porque se fica toda semana capaz de ficar assuntos assim meio repetitivo (P1).

Este entendimento consensual de que a assembleia deva ter uma frequência menor do que uma vez por semana, é diferente da maior parte das experiências publicadas. No hospital de Gorizia as assembleias eram diárias com o propósito de oferecer, à pessoa internada, várias alternativas e também a criação de um território de confronto contínuo (VASCON, 1991). Outros autores (BONTEMPO, 2009; SCALZAVARA, 2006; TEIXEIRA JR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009) referem que a realização das assembleias nos CAPS aos quais pesquisaram eram semanais.

Menor frequência é observada nas assembleias de um Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro, em que as reuniões são realizadas todas as segundas-feiras, contudo intercala-se entre a ala feminina e masculina, assim na prática os internos têm a possibilidade de participar quinzenalmente das assembleias. No estudo esta questão da frequência não é aprofundada nem justificada, contudo os resultados apontam

mudanças positivas com a realização dos encontros (MONTEIRO, 2010).

Os usuários e profissionais também acordam que seria importante a realização de assembleias no CAPS:

Eu acho que é importante [...] Ah eu acho que melhoraria para mim e para todo mundo. (U1).

Fala sobre conhecimento do usuário, fala sobre a opinião do usuário, como eu falei né, mercado profissional né. Eu acho muito importante, muito importante (U4).

Ah, eu acho bom. Porque é uma coisa assim que faz diferença (U5).

Eu acho que mudaria, mudaria porque teria mais força, né tinha mais união, mais força, mais pessoas com cabeça aberta para discutir os problemas (U3).

[...] eu acho que para eles seria ótimo. Já são excluídos, muitos não têm nem convívio social, eu acho que iria favorecer eles bastante, acredito que sim [...] (P1).

Eu acho que é importante assim porque, pacientes de diferentes grupos [...] Então a assembleia poderia ser utilizada para isso também, integrar um pouco mais eles né [...] (P2).

Nota-se na fala dos profissionais, últimos dois trechos, importância dada à assembleia como algo que beneficiaria somente aos usuários, contudo a assembleia também possibilita aos técnicos uma maior crítica sobre seu cotidiano de trabalho que pode se produzir de forma alienante, além de proporcionar um momento privilegiado de comunicação entre usuários e os integrantes da equipe de saúde (BRITO, 2006; MONTEIRO, 2010).

Relatos de experiência de alguns profissionais da equipe coordenado por Basaglia no hospital de Gorizia, mostram a assembleia como um espaço importante para os próprios profissionais. Um dos psiquiatras afirmou sentir falta das assembleias quando estas não eram realizadas, e quando participava sentia-se entusiasmado com a dinâmica.

Outro médico aponta ser uma atividade profissional e ao mesmo tempo "uma batalha cotidiana de ideias" em que a segunda lhe dá muito mais prazer. Um dos enfermeiros do local relatou satisfação em participar das reuniões, pois neste espaço todos, incluindo a enfermagem, eram livres para expor seus pensamentos, opiniões e desejos (VASCON, 1991, p. 78).

O profissional P2 conta um pouco sobre as assembleias que já presenciou num Hospital Psiquiátrico particular e em outro CAPS. A descrição é semelhante a grupos terapêuticos:

Lá participava sim, uma vez na semana que era. Tinha grupo de assembleia de usuários de medicação, alguns específicos assim e também tinha na internação uma vez na semana. Ai, ah, os pacientes se auto ajudavam assim, muitos se identificavam uns com os outros, primeiras internações estavam meio assustados, ai os que já estavam ali podiam ajudar.

O dispositivo assembleia não constituiu um grupo terapêutico. Nesse tipo de grupo os usuários trazem suas questões e é feita uma elaboração sobre elas, assim como se trabalha a partir das semelhanças e identificações entre os participantes. Outra característica é a necessidade de assiduidade e orientação de um profissional. Como visto, ao contrário de um grupo de terapia, o espaço da assembleia pressupõe diferenças de opiniões, escolhas e interesses, o encontro é aberto e os usuários podem coordená-lo (BASAGLIA, 1991; BONTEMPO, 2009).

Com este entendimento de assembleia como grupo terapêutico o profissional P2 demonstra reticência em participar dos encontros:

Um, de repente, talvez poderia tentar, não é minha aptidão, não gosto muito de grupos assim, prefiro mais atendimento individual.

Contudo, quando a pesquisadora começa a explicar o que seria uma assembleia de usuários e suas diferenças com grupos terapêuticos, o profissional traz outra resposta sobre a possibilidade de sua participação e nomeia a assembleia como administrativa, diferenciando-a do seu entendimento anterior de assembleia:

Ah. Eu acho que participaria. Eu acho que seria bom até pra, pra um entrosamento melhor assim, porque se não só fica debatendo aqui individual com o familiar e não vê outras coisas que poderia ver.

Seria uma assembleia assim de deliberação. [...] então uma assembleia administrativa de pacientes.

A partir desta compreensão P2 fala o que seria uma assembleia para ele, indo ao encontro do que é uma assembleia para os usuários e para o outro profissional, lembrando um exemplo do hospital onde trabalha:

É uma reunião de pessoas com o objetivo de levantar pautas e dar encaminhamentos a estas pautas. Até recentemente teve uma assembleia no hospital para criação do centro de estudos semana passada, é pra formar um cnpj, ver recursos, trazer palestrantes e tal. [...] o objetivo deve ser para os pacientes trazerem demandas deles que a gente não saiba, que não se dá conta, que mesmo avaliando, consultando. Nós não sabemos o que eles querem porque não saiu da boca deles, então isso, acho que receber as ideias que eles têm de melhorias, de ampliação, ou até mesmo retirar algumas coisas que eles achem que não precisa: Oh aquele grupo ali não precisa, pra quê. Eu acho que nesse sentido.

## 6.2 ASSEMBLEIA COMO ESPAÇO DE PERTENCIMENTO

Como visto, a assembleia de usuários ultrapassa as dimensões de apenas um grupo terapêutico, esse espaço oportuniza um sentimento de pertencimento, por meio da constituição de um coletivo, um território subjetivo onde o usuário tem a possibilidade de experimentar a capacidade de pensar e decidir (COSTA; PAULON, 2012). O sentimento de pertencer às instituições está relacionado ao direito ou não à participação nas decisões institucionais. As formas de manipulação, tutela e estigma devem dar lugar ao sentimento de pertença e aceitação das singularidades (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012). O relato do usuário U4 demonstra que a assembleia pode proporcionar um sentimento de pertencimento:

Para divulga quando a pessoa vim visita e falar pra ela, ó aqui nós temos uma assembleia que é particularmente individual entre nós, é um conjunto, então eu quero que o senhor que, o senhor ou a senhora, saiba que essa é a nossa particularidade aqui dentro do CAPS. É isso aí (U4).

Para Guizardi e Cavalcanti (2010) os serviços devem investir em relações éticas de pertencimento e não em atualização de hierarquias e exclusões, delimitadas pelos muros das instituições. A ética, aqui trazida pelos autores, tem a característica de reconhecimento do outro em sua diferença, necessário para concretizar espaços de pertencimento solidário. Neste sentido, a noção de pertencimento apresentada confronta-se ao movimento das instituições de reportar-se apenas aos iguais, quando situa com seus muros simbólicos a diferença como externalidade. As estratificações e hierarquias que constituem a organização dos serviços, dificultam tornar as unidades de saúde como espaços públicos, nos quais os usuários se reconheçam e sejam reconhecidos como sujeitos de relação e não objeto de intervenção (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

A assembleia tem potencialidade de gerar um processo e efeito de subjetivação por meio do sentimento de pertencimento de um coletivo, onde a diferença coexiste com a singularidade e a participação é genuína e singular (COSTA, 2011; COSTA; PAULON, 2012). O relato dos usuários vai ao encontro dos autores, na medida em que significam a assembleia como um espaço coletivo com possibilidade de expressão da individualidade:

Assembleia é um conjunto de pessoas que se reúnem para uma palavra, mas assim acentuada no sentido que ela é uma própria reunião, ok?. Capta assim as palavras de cada pessoa que estão aqui, individualmente, e seleciona partidos voluntários, que adapta assim num conjunto maior [...] Porque aqui tem a nossa palavra individual e particularmente (U4).

É uma reunião de... É um grupo reunido (U8).

A assembleia é discutir sobre uma causa, cada um discute uma causa (U6).

Era bom né, porque daí cada um dava sua opinião [...] um conjunto, porque é da união que vem a força, todo mundo unido (U1).

Notam-se nos trechos dos relatos citados, expressões referentes ao individual: “cada um”, “individualmente”, “particularmente”, mas também ao coletivo: “união”, “reunião”, “conjunto”. Esse olhar particularizado e ao mesmo tempo de inclusão da pessoa com transtorno mental é fundamental à reforma psiquiátrica, visto ir de encontro à história da loucura de exclusão e abdicação de direito.

Escóssia (2009) observa que o conceito de coletivo tem sido frequentemente utilizado para designar uma dimensão da realidade que se opõe a uma dimensão individual e equivaleria ao social. A autora propõe um novo conceito de coletivo, definido como plano de co-engendramento do indivíduo e da sociedade. Este plano coletivo e relacional é também o plano de produção de subjetividades. Os vetores mais diversos presentes na coletividade produzem a subjetividade, modelando as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Portanto, os processos de subjetivação são sempre coletivos (ESCÓSSIA, 2009; TORRE; AMARANTE, 2001).

Torre e Amarante (2001) ponderam que na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso não se deve tratar o sintoma e sim o sujeito como um todo. O profissional deve usar seu saber como possibilidade de criação de subjetividades, abrindo mão de algumas técnicas. Deve compreender a loucura não como erro, incapacidade e inferioridade, mas sim como um modo diferente de relação com o mundo, reinsertindo a complexidade dos problemas com os quais lida. A cura se torna a ação de produzir subjetividade, pois mudar a história dos sujeitos muda a história da própria doença. Estas novas concepções significam pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização (TORRE; AMARANTE, 2001).

No momento em que os usuários discutem sobre a possibilidade de participação de seus familiares nas assembleias, há divergências de opiniões. U2 acha importante, outros não se importariam e alguns são totalmente contra a inclusão da família. No entanto, as falas parecem estar em consonância quanto à importância dada a assembleia, sendo significada como espaço singular, próprio:

Não. Quase que eu disse a palavra errada, é... Complicação. Complicação palpíte totalmente irregular (U4).

Diferente (U2).

Diferente, exatamente. Não pode (U4).

Mas se a pessoa que vai participar já sabe dos nossos problemas e dos nossos deveres e tudo que nós estamos passando, se vai participar para ajudar e não para retrair, não para retrair, mas para ajudar, você não acha que deveria participar? (U2).

Não (U4).

Por que? (U2).

Porque são opiniões diferentes. Se aqui é uma assembleia geral, junto com o profissional, porque os familiares tem que entrar na nossa assembleia? Não pode, proibido, totalmente proibido (U4).

Tu acha? (U2).

Acho claro, isso aqui não é uma igreja, não é uma igreja, o que é isso aqui, vocês sabem o que é isso aqui? [...] é uma igreja? Então não pode. Eles vão puxar assunto de igreja, assunto político (U4).

Vários autores (BASAGLIA, 1991; BRASIL, 2004a; FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010; TEIXEIRA; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009) referem como sendo comum a participação de familiares nas assembleias de usuários. Oliveira, Andrade e Goya (2012) pesquisaram doze CAPS e conferiram que o público participante nas assembleias era diverso: em algumas havia profissionais, usuários, familiares e comunidade; noutras somente usuários e apenas um profissional; outras contavam com a presença de conselheiros de saúde.

O usuário U1 também não gostaria da participação dos familiares e lembra que estes já têm um espaço próprio:

Eu acho que tinha que ser só aqui de dentro, os pacientes e profissionais, os familiares, por exemplo, já têm a reunião de família, já tem esse acesso.

A presença dos familiares no Encontro de Família do CAPS é pequena. No início era realizado semanalmente, contudo de dois a quatro familiares participavam, diante disto, a psicóloga do serviço fez uma pesquisa com os familiares perguntando com qual frequência eles gostariam que acontecessem os encontros, além disso, foram disponibilizados alguns dias e horários para escolha. Após este levantamento os encontros passaram a ser mensais e a participação aumentou um pouco, média de 10 familiares. Esta participação é muito mais expressiva nas consultas com o psiquiatra onde os familiares costumam estar presentes.

Um estudo realizado por Moura, Silva e Morais (2013) também observou uma deficiência na participação dos familiares no acompanhamento do usuário em seu tratamento nos CAPS. Os autores acrescentam que a família não está presente no cuidado, procurando o serviço de saúde somente quando o usuário está em crise, para esclarecer alguma dúvida, ou atuar como informantes de dados da pessoa doente.

Grande parte da rede social dos usuários fica restrita ao lugar de tratamento. Para a maioria deles, os vínculos se reduzem às relações com os outros usuários e profissionais dos CAPS. Assim, pode ocorrer do distanciamento e rejeição familiar ser compensado pelo afeto recebido nos serviços quando os profissionais respondem a esta demanda afetiva. (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012). No diálogo abaixo U4 relata uma situação pessoal de distanciamento familiar e demais se identificam:

Eu dei a propaganda da assembleia e nem leram, fiquei no quarto, fechei a porta do quarto. Eles tem os compromissos deles, e eles acham que o dia deles é cheio (U4).

Isso que você ta falando é verdade. A família tem o compromisso deles, e não tem tempo pra nem pensar, isso é normal (U7).

É lógico (U4).

É muito compromisso e eles nem querem (U5).

Na minha família é assim. O meu problema é aqui no caps, vai lá no caps, conta tudo que tu tem pra desabafar com a psicóloga, que para eles é suficiente. Mas, eles me acolheriam se tivessem que vir, eu tenho certeza. Eu acho que seria importante eles participar (U2).

Muitas famílias ainda se detêm na ideia de que o tratamento é de total responsabilidade do serviço que presta o atendimento ao usuário. A equipe técnica precisa criar alternativas que possibilitem trabalhar mais com os familiares, frisando que estes se engajem no projeto terapêutico e que sejam corresponsáveis pelo cuidado deste familiar doente. Para isso também é necessário oferecer orientações adequadas e um suporte, para que elas possam enfrentar as dificuldades encontradas junto às pessoas com transtornos mentais (MOURA; SILVA; MORAIS, 2013).

Uma das justificativas pontuadas pelo usuário U4 quanto sua negação ao comparecimento dos familiares nas assembleias foi: "Eles vão puxar assunto de igreja, assunto político". Realmente neste espaço é fundamental que os assuntos abordados façam sentido aos usuários. Segundo Vascon (1991) os temas discutidos na assembleia são determinadores da atenção e participação dos presentes, assim a reunião terá um andamento dinâmico se a pauta abordada for de interesse à maior parte dos participantes. Contudo, o jornalista afirma que sempre há um momento de interesse, já que o usuário percebe estar fazendo parte de um coletivo.

O profissional P2 relata que colocaria em pauta sobre um ponto de ônibus e um carro para o CAPS, já os usuários gostariam de discutir, dentre outros assuntos, temas referentes à segurança e alimentação:

Eu já carcava o almoço (U6).

Pra mim eu acho que primeiro, é a segurança é importante, o medicamento né, não faltar o medicamento, as consultas. A alimentação é importante, mas eu acho que os outros assuntos também são importantes (U1).

Alimentação, segurança, funcionários maus remunerados. Mais benfeitorias aos funcionários,

porque se não for os funcionários, o CAPS não funciona (U3).

Eu gostaria de acrescentar o vale transporte, café da manhã, só isso (U4).

Cabe destacar que a coleta de dados coincidiu com um momento de muitas perdas aos usuários: almoço, lanche, vale transporte, algumas medicações e vigilantes, todos estes serviços eram proporcionados a eles e, sem aviso prévio, foram retirados. Esta situação desagradou aos usuários, familiares e equipe técnica e foi nesta conjuntura que os grupos focais e entrevistas foram realizados. Já a pauta sugerida por P2 é uma queixa antiga, e ainda presente, de quem frequenta o CAPS para tratamento ou a trabalho.

### 6.3 ASSEMBLEIA COMO EXPRESSÃO DE PODER

Em entrevista com o usuário U3 ele relata já ter participado de várias assembleias, todas numa mesma empresa ao qual trabalhou. Refere que nestas reuniões conseguia dar sua opinião e sentia-se ouvido, e lembra-se de assuntos importantes da empresa que puderam ser resolvidos na assembleia de funcionários:

[...]foi pedido impeachment da presidente da assembleia da associação, ai foi colocado em assembleia [...] até que conseguiram o impeachment da presidente da assembleia.

[...] era feita assembleia pra UNIMED baixar o preço.

Seu conceito de assembleia a revela como um dispositivo de poder. A mesma expressão de poder aparece em seu relato quando menciona o que faria se houvesse assembleia no CAPS:

Assembleia é formada por uma equipe de pessoas e para definir se vai tirar fulano ou cicrano do poder. E, e vai discutir dessa forma ai, se a assembleia aprovar ta aprovado.

Eu convocaria o prefeito e os vereadores para resolver os problemas aqui do CAPS.

O profissional P1 vai ao encontro das colocações trazidas por U3, referindo-se a assembleia como uma reunião de pessoas onde se podem tomar decisões por meio do voto. As falas indicam que nos encontros de assembleia haveria uma diminuição dos níveis hierárquicos, pois a maioria dos pesquisados mencionam que “todos” deveriam participar, referindo-se a usuários e equipe de profissionais. O relato de U1 representa esta posição:

Eu acho que a assembleia deve ser comum, então eu acho que deveria ser os pacientes que frequentam né com suas reivindicações e questionamentos e também os profissionais né, psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, terapeuta, ai todo mundo em conjunto, discute e chega num consenso. Todos podem, todos devem dar opinião, debater e votar, aprovar ou quem quiser votar contra né. Todos têm o direito de dar a opinião, a palavra, ao voto e a debater as coisas. [...] Os paciente e os profissionais né, um conjunto, porque é da união que vem a força, todo mundo unido (U1).

Nas falas dos usuários no grupo focal esta diminuição dos níveis hierárquicos parece estar acompanhada por uma ideia de horizontalidade de poder. Eles acordam que os assuntos em pauta devem ser discutidos e deliberados em votação para que a decisão da maioria prevaleça. Ou seja, não é o profissional nem o usuário, mas o conjunto destes. O poder é descentralizado em todos, não é mais de uma minoria, tanto que se houverem poucas pessoas numa assembleia:

Quando não tem quorum continua funcionando discute -se os assuntos e fica adiada a votação para a próxima reunião, assembleia (U1).

O usuário U3 tem uma visão diferente das demais, referindo que os funcionários e, principalmente o médico, teriam mais força:

Precisa de vários funcionários, ai sim, ai a assembleia tem força. [...] Quem participaria dos encontros é a equipe de enfermagem, os funcionários gerais aqui, que numa assembleia

quanto mais pessoas mais força ela tem. O médico, porque o médico né, é um pouco mais forte na área deles, então seria isso (U3).

Em entrevista concedida à Vascon (1991) um dos psiquiatras do hospital de Gorizia refere que os usuários dirigem-se ao médico diretamente, atribuindo-lhe poder. Outro médico entrevistado tem a mesma opinião, afirmando que a relação médico-doente é quase sempre uma relação de autoridade e seu papel percebido pela sociedade como uma pessoa superior, porque conhece as doenças e sabe como curá-las.

Foucault (2006) mostra que o poder do médico data desde a abertura dos hospitais gerais, mas, principalmente a partir do tratamento moral proposto por Pinel, que muda a relação de poder caracterizada pela violência para uma relação de poder por meio da sujeição, disciplina. O filósofo explica que aqueles que foram "libertos" passam a ter uma dívida de reconhecimento com o seu libertador. Esta dívida seria por meio da submissão ao outro sem necessidade de violência física.

Na contemporaneidade, a sociedade estendeu a concessão do poder médico aos técnicos. A violência técnica serve para mistificar a violência por meio do tecnicismo, fazendo com que os usuários se adaptem a violência de que é objeto sem ter consciência disto. Os técnicos consentiriam a perpetuação da violência global ao amenizar os atritos, resistências e conflitos provocados por suas instituições (BASAGLIA, 1991). A fala do profissional P2 parece exemplificar um movimento contrário à violência técnica:

[...] como eles são os maiores interessados em se tratar, é eles que sabem da doença deles. A gente estuda, lê um livro, conversa, escuta, quem sente são eles. Então quando a gente não permite que eles tragam isso, a gente tá doutrinando conforme acha que tem que ser.

Contudo, não só médicos e técnicos têm poder, P2 lembra que, até então, muitas das decisões referentes ao CAPS são tomadas pela coordenação, logo isto poderia influenciar na assembleia:

Acho a ideia muito boa, só que de repente alguns pontos não podem ser decididos na hora, a não ser que enfim a coordenação esteja presente, porque a gente só pode fazer este movimento.

Em entrevista individual U3 aprofunda o assunto, sua opinião é a de que para a realização de uma assembleia precisa-se montar uma associação e um conselho fiscal. Além disso, precisaria de um presidente e um primeiro e segundo tesoureiros. Ele acrescenta que só podem fazer parte da associação os profissionais e também são estes que convocam a assembleia. Quando questionado sobre a participação dos usuários e familiares ele responde:

Eles só podem participar da assembleia, mas não têm poder pra nada, não é levado em conta. Só pode participar para ver o que está sendo discutido na assembleia.

Basaglia (1991) pontuou que as pessoas com transtornos mentais são excluídas por meio da institucionalização, e precisam de ajuda dos próprios profissionais para uma tomada de consciência desta exclusão. Neste relato de U3 os usuários não teriam poder algum, mesmo tratando-se de uma assembleia de usuário dentro de um dispositivo definido como comunitário, o que confirma a conceitualização de desinstitucionalização proposta por alguns autores (AMARANTE, 2013; BASAGLIA, 1991; OLIVEIRA, 2012): Desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização, mas sim de desconstrução de comportamentos, práticas e relações referentes à disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização daqueles com algum transtorno mental.

Em outro momento, U3 afirma que ele participaria da assembleia e colocaria suas opiniões em ata para discussão e votação. Os relatos ambivalentes deste usuário demonstram a falta de clareza sobre seus direitos, ou como diria Basaglia (1991), falta de consciência da exclusão social que sofre e que, em alguns momentos, o faz pensar em si como um ser excluído.

O tema poder volta quando se discute sobre quem coordenaria as assembleias. U2 coloca-se:

Eu acho que deveria ser um profissional para conduzir as ovelhas, conduzir as pessoas a dizerem o que realmente querem ou precisam, como o almoço, a segurança, o café da manhã, aí todo mundo teria sua opinião, mas teria que ter um líder, um profissional, porque nós somos como alunos.

A fala de U2 exemplifica uma relação de poder que Foucault (2004) chama de poder pastoral. Neste tipo de poder o pastor deve conhecer cada membro do seu rebanho, pois sua principal função é fazer o bem em relação àqueles de quem cuida, desde a oferta de alimentos e água até o oferecimento de um pasto (FOUCAULT, 2004).

Segundo Moura (2007), o poder pastoral era de caráter religioso e foi fundamentalmente exercido na cultura judaico-cristã. Contudo, também houve a ideia de um pastor na cultura egípcia, com faraós e deuses sendo comumente comparados a pastores. Mas, foram os hebreus que desenvolveram o tema pastoral colocando somente Deus como pastor de um povo, o guiando por meio da ajuda de seus profetas.

No cristianismo o pastor era aquele que possuía o conhecimento necessário para conduzir. Assim, era indispensável que as pessoas confiassem na figura do pastor, transferindo a esse o seu poder de salvação. É no pastorado cristão que se enfatizou a ideia de uma vida após a morte, a qual dependeria de certa conduta na vida terrena que permitisse obter a salvação. Esta ideia de salvação era de caráter obrigatório e todos deveriam buscá-la (FOUCAULT, 2004). Para que o pastor pudesse orientar nesta busca era necessário que a pessoa se confessasse, relatando ao pastor tudo o que poderia ser considerado uma impureza da alma. A relação com o pastor era de obediência absoluta, ele poderia impor o que quisesse às pessoas sem que houvesse regras ou leis (MOURA, 2007).

Comparando esta relação do pastor e suas "ovelhas", com a relação entre psiquiatra e usuário, muito se tem em comum. O médico precisa conhecer o usuário e utiliza de uma retrospectiva do passado psiquiátrico para poder guiar a pessoa em seu tratamento à cura ou estabilização. O usuário deve confiar no médico, relatando todas suas transgressões. Caso este usuário não queira tratamento, pode ser levado contra sua vontade à emergência psiquiátrica (GOFFMAN, 2001).

Para os usuários a figura do coordenador representa poder. Para alguns é fundamental que este possua conhecimento, para outros é essencial a responsabilidade. O usuário U4 sugere que U1 seja o "chefe" porque o acha "inteligente". Dois outros concordam com a sugestão. O usuário indicado para ser "chefe" responde que poderiam coordenar em conjunto.

O usuário U3 entende que a coordenação da assembleia deve ser realizada por um profissional. Na entrevista individual ele discorre sobre o assunto e justifica sua opinião:

Essa pessoa pode ser um técnico de enfermagem, um médico, uma pessoa de confiança do grupo que tem no órgão. [...] Porque não pode nomear um presidente sem ele ter um contato, sem ele conhecer nada tem que nomear um presidente que tenha um pouco de conhecimento do espaço da empresa, não pode ser alguém de fora, tem que ser alguém de dentro do caps. [...] Só profissional, eu não posso. Uma pessoa de, que tenha mais instrução né, estudo, uma coisa assim né.

Ao encontro da colocação de U3, o profissional P2 diz que nas assembleias de seu outro local de trabalho, um hospital psiquiátrico, as assembleias eram coordenadas por um profissional, contudo:

Quase não precisava intervenção de quem coordenava, os próprios pacientes conseguiam fazer.

Guizardi e Cavalcanti (2010) observam que o conhecimento é o principal recurso de estratificação das relações, de legitimidade que determina quem está, ou não, apto a intervir nos processos institucionais. Na contemporaneidade, o conhecimento científico em específico, assumiu o papel primordial da autoridade, que é sempre uma relação necessariamente hierárquica. Desta maneira, o conceito de autoridade mostra-se conveniente na compreensão das relações produzidas dentro das instituições, que estabelecem lugares específicos que são diferenciados pela legitimidade que o conhecimento concede a seus porta-vozes. Destarte, o conceito de autoridade expõe a conexão íntima entre conhecimento e legitimidade.

Olhar as relações entre os conhecimentos científicos e as instituições disciplinares por meio deste conceito de autoridade, mostra evidente sua adequação analítica, porém não se pode desconsiderar toda a mobilização do corpo feita pelo poder através da disciplina (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). O poder disciplinar, que com o advento da modernidade substituiu o poder pastoral, é uma forma de controle que funciona por um processo contínuo de imposição de normas aos corpos dos indivíduos. É por meio da elaboração e indução da norma que a disciplina define o que é normal, ajustando os sujeitos aos interesses das instituições. A norma não reprime de forma brutal,

mas sujeita de forma voluntária os indivíduos aos interesses das estruturas (FOUCAULT, 2006; MAIA, 2011).

Com o modelo capitalista de produção e o Estado moderno, criou-se uma relação especial dos dispositivos de poder entre as pessoas, o biopoder. O biopoder também opera como processos de normalização, gerenciando grupos humanos por meio de direção das condutas, que é a governamentalidade, uma instrumentação voltada para a gestão dos indivíduos. Considera-se o aspecto mais importante da governamentalidade o fato de se dirigir a cidadãos “livres”, um dos pilares da política moderna. Mas isto não implica uma relação de igualdade ou parceria, pelo contrário é uma relação dessimétrica, na qual uns são encarregados de conduzir outros. Consta-se o poder pastoral ainda influente (FOUCAULT, 2006; MAIA, 2011).

Na literatura têm-se exemplos sobre coordenação dos encontros de assembleia, em sua maioria este papel é desenvolvido pelos profissionais. No exemplo de Teixeira, Kantorski e Olschowsky (2009) a reunião é coordenada por um dos técnicos e é solicitado que algum usuário seja voluntário para a confecção da ata da reunião; Monteiro (2010) refere que o espaço da assembleia é de cuidado da enfermagem; e Bontempo (2009) aponta os profissionais como operadores que devem mediar a discussão por meio de um cuidadoso manejo. Contrário a estes exemplos há a experiência de assembleias propostas por Franco Basaglia, onde:

Presidindo a mesa revezam-se dois ou três doentes, os quais, responsabilizados pelo andamento da assembleia revelam qualidades notáveis de prestígio, dialética e distribuição e tratamento dos assuntos (VASCON, 1991, p. 24).

No diálogo abaixo, percebe-se consenso sobre a importância da responsabilidade de um coordenador, contudo há divergências sobre a figura responsável:

Eu acho que deve ser um profissional, porque tem mais responsabilidade né (U2).

Não precisaria ser um profissional, acho que poderia ser o paciente também o presidente (U7).

Tanto faz para mim ser um paciente ou um profissional (U8).

Eu acho que deveria ser dividido as responsabilidades. O presidente um profissional e o que fala a ata um paciente, ou também pode ser vice e versa. Porque tem paciente que é responsável, estes têm que ser valorizados. [...] Ai podia ser de comum acordo ou eleito né, podia ser em consenso ou então alguém se candidatar e ser eleito (U1).

Faz-se aqui um parêntese, para observar que em nenhum momento de toda a coleta de dados, associou-se coordenação da assembleia com coordenador da instituição, esta associação foi feita apenas em reunião de equipe quando se falou a primeira vez em fazer uma assembleia no CAPS II. Figueiró e Dimenstein (2010) descrevem sua experiência em assembleia realizada num CAPS presidida pela coordenação do serviço. Houve um estranhamento por parte dos autores ao perceberem que a discussão do encontro era sobre algumas propostas previamente colocadas pela coordenação.

O tema da responsabilidade também é destacado nos relatos de U1 e P2 quando estes responderam sobre participação nas assembleias:

Eu viria, acho que é uma prova de responsabilidade. Tem que ser participativo, ser cidadão, acho que é ser cidadão (U1).

[...] é bom pra ter essa participação e eles ficam corresponsáveis, senão a gente só trata eles como incapazes, tudo pronto, e não vamos ajudar a definir tal coisa. Então assim, se corresponsabiliza e ai acho que isso ajuda na integração (P2).

Para Torre e Amarante (2001) o movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva caracteriza a saída do paciente de condição de sujeito para um autônomo usuário do sistema de saúde, que luta para produzir cidadania para si e seu grupo. Esta mudança constitui um meio para a transformação institucional, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito das pessoas com transtornos mentais.

Aos poucos as relações passam a não se assentar mais nas hierarquias. O ato terapêutico deixa de fundar-se somente na doença e na autoridade médica, e a própria organização coletiva converte-se em

tomada de responsabilidade, produção de subjetividade e ato terapêutico. Modificam-se assim as relações no interior das instituições, passando a se constituírem serviços extra-hospitalares de fato (AMARANTE, 2013a; BASAGLIA, 1991; TORRE; AMARANTE, 2001).

Todas estas transformações são prioridades do movimento da reforma psiquiátrica, que busca coletivamente construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 2013a, 2013b).

Nas entrevistas com os profissionais, indagou-se sobre possíveis relações entre a reforma psiquiátrica e as assembleias de usuários. P1 responde por meio da lembrança de um filme que assistiu com alguns outros profissionais do CAPS:

Associando aquele filme que a gente viu nestes dias, tem bastante coisa né. Aquele filme, talvez se eu não tivesse visto o filme, como eu não to muito envolvida com a questão da psiquiatria em si, talvez eu não visse tanta relação, mas pelo filme há uma transformação enorme com aquelas assembleias, então eu já consigo associar melhor (P1).

O profissional se refere ao filme italiano “Si Puo Fare” do diretor Giulio Manfredonia. A trama se passa na década de 70, época em que o sistema de saúde mental da Itália passa pela reforma psiquiátrica sob a influência do pensamento basagliano. Na história contada no filme, assembleias são utilizadas como meio para diversas mudanças numa cooperativa voltada às pessoas egressas de hospitais psiquiátricos. Nesses espaços o conhecimento de cada participante era aproveitado e as decisões tomadas sempre em conjunto.

O profissional P2 discorre sobre os movimentos de reforma e luta antimanicomial:

Acho que não tem nada a ver com esta reforma. Isso ai já enfim, eu tenho diversas restrições desta Luta antimanicomial. Reforma psiquiátrica, o que aparece muitas vezes é um movimento anti doença mental, anti psiquiatria. E os países que tiveram a reforma psiquiátrica lá na Itália, que é onde surgiu né, tem muitos mais leitos psiquiátricos que aqui no Brasil, lá não foi

fechado [...]. E outra coisa, a gente vê que a maioria dos pacientes não tem tanta restrição ao IPq por exemplo, tem muitos deles que querem: vou lá tem comida, tem cama tem tudo. Então de um hospital falido que o governo não dá dinheiro, trabalhando às mínguas e fazendo milagres e mesmo assim os pacientes entendem né, então eu acho que a gente tem que respeitar isso ai também.

O movimento de reforma no qual se nega a existência de doença mental é a Antipsiquiatria de Laing e Cooper. Esse movimento iniciado na Inglaterra foi bastante diferente da Psiquiatria Democrática na Itália, principalmente no que tange ao entendimento de doença mental, visto que Basaglia não negava a doença, mas sim colocava o sujeito em primeiro plano, ocupando-se dele (AMARANTE, 2013a).

A reforma psiquiátrica ocorrida na Itália, propunha a superação do aparato manicomial e várias experiências exitosas aconteceram como em Gorizia, mas também em Trieste. Criaram-se serviços substitutivos como os centros de saúde mental regionalizados, cooperativas de trabalho e residências (AMARANTE, 2013a). O Brasil, influenciado pelo pensamento basagliano, também iniciou sua reforma, mas segundo Vasconcelos (2010) há muitos desafios a superar, um deles é a atenção à crise.

O autor analisa que os serviços substitutivos e leitos em hospitais gerais não estão sendo criados na mesma proporção da redução de leitos nos hospitais psiquiátricos. Também afirma que a maioria dos CAPS existentes não são qualificados para atender à crise, visto não serem 24 horas, não contarem com profissionais suficientes e nem com psiquiatras de plantão (VASCONCELOS, 2010).

Essa é a realidade do município de São José, onde a atenção à crise é, necessariamente, realizada no IPq. Um hospital psiquiátrico, que como os demais no Brasil, está recebendo cada vez menos recursos financeiros, com o objetivo de redução gradual de leitos, sem a proporcional abertura de serviços capazes de substituí-lo de fato. Aquelas pessoas que se sentem desconfortáveis naquele espaço, porque na falta de leitos às vezes precisam dormir no chão, tem a alternativa do Instituto São José, contudo neste serviço a família precisará arcar com todas as despesas.

Para a mudança dessa situação, Vasconcelos (2010) e Surjus (2007) propõe algumas alternativas. Pontua-se aqui que, apesar da

referência dos autores serem de até quase 10 anos atrás, a discussão trazida por eles é totalmente atual. Para os autores, é necessária a abertura de mais serviços como os CAPS III, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Oficinas de Geração de Renda. Em São José, a possibilidade de um CAPS III parece remota, porquanto o CAPS II foi inaugurado em 2012 e, até o momento, não tem equipe mínima completa e não recebe recurso federal para manutenção de seu serviço. O mesmo pode-se inferir quanto aos SRT e demais equipamentos citados.

Vasoncelos (2010) também propõe algumas estratégias de curto e médio prazo para o atendimento de pessoas estabilizadas. A principal delas é a utilização dos ambulatórios, integrando-os a rede de atenção psicossocial, ajudando a desafogar os CAPS. Para São José esta medida seria bastante conveniente, ao menos enquanto as equipes de NASF não estiverem completas e atuantes em todos os bairros do município. Contudo, ao contrário da proposta do autor, o ambulatório – CRSM está sendo sucateado com seus profissionais sendo transferidos a outros serviços.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quero dizer que foi muito bom ter participado, que é muito legal, é um assunto importante né, questão de cidadania, achei muito legal, o convívio do pessoal falar (U1).*

A literatura aponta que as assembleias de usuários são espaços estratégicos para uma comunicação aberta entre usuários e profissionais, onde os primeiros têm a possibilidade de reivindicar, sugerir e decidir conjuntamente sobre administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem, oportunizando uma maior horizontalização das relações de poder.

As pessoas com transtornos mentais foram historicamente compreendidas como loucas e sem direitos. Da loucura encarcerada nos asilos aos doentes mentais isolados nos hospitais psiquiátricos, as relações sempre foram hierarquizadas nas quais a pessoa doente era subjugada. São as denominadas reformas psiquiátricas que colocam em questão as relações de poder existentes, algumas delas utilizando-se do dispositivo de assembleia de usuários como um recurso transformador.

No Brasil, a reforma tem seu início na década de 70 e toma forma com a criação de serviços extra-hospitalares, como os CAPS. Considerado a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica no país, o CAPS é um serviço aberto e comunitário que deve proporcionar a autonomia e protagonismo dos usuários.

São José iniciou a implantação de serviços substitutivos em 2004, sendo somente em 2013 o início das atividades do primeiro CAPS, local de pesquisa desta dissertação. Antes destes serviços os municípios tinham como referência somente hospitais psiquiátricos, o IPq e o Instituto São José. O CAPS II vem atuando por meio de acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos individuais e em grupo. Essas atividades e rotina da instituição são discutidas em reunião de equipe técnica e repassadas aos usuários por meio do PTS.

Por esta organização parecer limitar a participação ativa do usuário, e devido estes, assim como os profissionais e coordenação, mencionarem interesse que houvesse assembleias de usuários no serviço, a autora deste trabalho sentiu-se motivada a pesquisar sobre assembleia, com o objetivo principal de analisar as percepções dos usuários e profissionais sobre este dispositivo.

Buscou-se conhecer como os usuários e profissionais entendem que deva ser o encontro de assembleia, e o que supõem que a realização

deste dispositivo possa influenciar o serviço. Ao mesmo tempo, compreender a relação da assembleia com o movimento da reforma psiquiátrica e como um recurso em saúde mental. Para isto algumas perguntas nortearam a pesquisa e foram respondidas conforme a coleta e análise dos dados eram realizadas.

Percebe-se que os usuários têm conhecimento sobre assembleias, discutindo sobre seus objetivos, organização e benefícios. Ao contrário, os profissionais pareceram ter menos domínio sobre o assunto, um deles confirmou ter conhecido o tema recentemente devido filme assistido e o outro não fazia a distinção de grupos terapêuticos. No entanto, estes dois grupos acordam sobre a importância da assembleia de usuários e que sua implantação no serviço poderia trazer mudanças positivas. Essa constatação difere da hipótese de pesquisa, em que se supunha que os profissionais saberiam melhor do que os usuários sobre assembleia, mas que talvez não percebessem sua importância.

Os dados coletados afirmaram que no CAPS há pouca possibilidade de participação e escolhas por parte dos usuários, já que as decisões são tomadas somente em reuniões de equipe técnica ou pelos gestores.

Constatou-se que os participantes da pesquisa entendem que a assembleia de usuários possibilitaria mudanças, sendo um espaço para reivindicar direitos e fazer escolhas, além de proporcionar maior integração de todos, união e força. Assim, tanto usuários quanto profissionais percebem este dispositivo como importante, pois possibilitaria melhorias. Observa-se que estudos apontam influências também sobre os profissionais, algo pouco comentado pelos participantes.

Todos participariam da assembleia caso tivessem disponibilidade, e referem que os encontros devem contemplar assuntos relevantes que façam sentido ao cotidiano do serviço e tratamento dos usuários, um dos motivos para as divergências de opiniões sobre a inclusão da família nestas reuniões. A assembleia é entendida pelos usuários como um espaço de pertencimento, onde haveria a constituição de um coletivo e a família é compreendida por alguns como algo ameaçador à integridade deste espaço.

Relatos dos participantes indicam a assembleia como um espaço relacionado a poder. A assembleia proporcionaria uma diminuição dos níveis hierárquicos de poder, pois os usuários participariam da assembleia, ao lado dos profissionais, dando sugestões e fazendo parte das decisões por meio de votação. Contudo, alguns entrevistados ainda trazem um pensamento de subjugação do usuário para com os

profissionais indo ao encontro das relações de poder pastoral, no qual um pastor conduz suas ovelhas, e poder disciplinar, processo contínuo de imposição de normas aos corpos dos indivíduos.

A mesma ambivalência acontece quando o assunto é coordenação das assembleias, onde os temas conhecimento e responsabilidade aparecem contidos no conceito de poder. O conhecimento legitima o papel da autoridade, que é uma relação necessariamente hierárquica. A responsabilidade foi trazida como um elemento também importante para uma coordenação, mas ampliou-se seu conceito ao falarem de corresponsabilização, entendida como a saída do usuário da condição de sujeito, na medida em que participaria ativamente de seu tratamento.

Um profissional relatou não perceber relação entre assembleia e reforma psiquiátrica, porque para ele o conceito de reforma é sentido como algo negativo. Diferentemente, o outro profissional lembra um filme no qual assembleias de usuários são utilizadas para provocar mudanças ao encontro das transformações propostas pela reforma psiquiátrica. O movimento de reforma, crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, coaduna com os objetivos da assembleia de usuários de uma comunicação horizontal entre usuários e profissionais, com possibilidade de reivindicação de direitos e decisões conjuntas.

No que se refere às limitações desse estudo, percebeu-se que o tempo possível para a pesquisa foi limitado devido longo período de análise do Comitê de Ética em Pesquisa. Assim, a coleta de dados e análise foi realizada em menor tempo do que o previsto, a fim de acompanhar os prazos de conclusão previstos pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Mestrado Profissional.

A assembleia de usuários deve ser devidamente analisada para que de forma eficaz, seja incorporada a rotina do serviço, de modo a não virar uma simples atividade ou terapia de grupo. Neste sentido a relevância dos resultados desta pesquisa, que favorecem uma possível implantação de assembleia no CAPS II de São José, realizada a partir dos conhecimentos e opiniões do usuário e profissionais. Relevância também aos demais serviços extra-hospitalares, pois o estudo possibilita maior crítica dos profissionais e gestores destes serviços sobre o tema, estimulando-os à realização de assembleias de usuários em seus serviços, ou a uma reflexão dos encontros de assembleia que já tenham realizado.



## REFERÊNCIAS

AMARAL, Marcia Aparecida do; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 26 maio 2016.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013b.

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. Tradução de Pedrinho A. Guareschi.

BASAGLIA, Franco (Org.). **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 35, p.438-442, set. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf)>. Acesso em: 03 maio 2015.

BONTEMPO, Valéria Lima. Assembleia de usuários e o CAPSI. **Psicologia Ciência e Profissão**, Betim, v. 29, n. 1, p. 184-189, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a15.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília: 2001. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 15 maio 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004**. Brasília: 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3090**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 11**, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: 2012. Disponível em:<<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em 23 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em: 25 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. Brasília: 2016. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em: 25 março 2016.

BRITO, Izaura C. de. **Refletindo sobre o dispositivo assembléia de usuários e profissionais nos equipamentos substitutivos de Saúde**

**Mental**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dispositivo\\_assembleia.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dispositivo_assembleia.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2016.

CABRAL, A.N. Democracia: velhas e novas controvérsias. **Revista Estudos de Psicologia, de Saúde Pública**, Natal, v. 02, n 02, p. 287-312, dez. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-94X1997000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-94X1997000200005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 maio, 2015.

CAMARGO, Ana Carla S. P. de. **A Vivência Do Caos: Uma Experiência De Mudança Em Uma Instituição De Saúde Mental**. 2004. 211 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 22 maio 2016.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

COSTA, Diogo Faria Corrêa. **Loucos para Prot (agonizar): micropolítica e participação em saúde mental**. 2011. 111 f. Dissertação de mestrado – Programa de pós graduação em psicologia social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 572-582, dez. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2016.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** 1 ed. São Paulo: Editora Loyola, 2003.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens,** 2006.

EIRA, Priscila Piazzentini. Foucault e a coragem de transformar radicalmente a existência. **Revista Ecopolítica,** São Paulo, n. 7, p. 62-36, set-dez, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/17765/13240>> . Acesso em: 15 maio 2015.

ESCOSSIA, Liliana da. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface (Botucatu),** Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 689-694, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Julho 2016.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. **Fractal, Revista de Psicologia.,** Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 431-446, Ago. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922010000800015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000800015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Julho 2016.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972. Tradução de José Teixeira Coelho Netto.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1978. Tradução de Roberto Machado.

\_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos: Ética, Sexualidade, Política.** Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004 v.5, p. 56-76.

\_\_\_\_\_. **O Poder Psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006. Tradução de Eduardo Brandão.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Cap. 4. p. 79-108.

GRIGOLO, Tânia M.; PAPPIAN, Camila. Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.14, p.01-26, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2903/3948>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

GUIMARÃES, D. Laercio; VIEIRA, Ana L. Bonfim. O local de cidadania na sociedade da Atenas Clássica. **Revista Mundo Antigo**, Maranhão, ano I, v. 01, n. 02, Dezembro, 2012. Disponível em: <http://www.nehmaat.uff.br/revista/2012-2/artigo05-2012-2.pdf>>. Acesso em 05 maio, 2015.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, Dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 July 2016.

HORR, João F.; MENDES, Célia R. P. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. **Revista Psicologia e Saúde**, Florianópolis, v. 6, n. 1, jan. /jun. 2014, p. 90-97. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/328/395>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

INSTITUTO SÃO JOSÉ. **Histórico**. Disponível em: <<http://institutosj.com.br/instituto/historico/>>. Acesso em: 02 maio 2015.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972. Tradução de Lúcia de Andrade Figueira Bello.

JORNAL OI São José. Edição Abril 2012 - Ano XVIII - Nº 191.

Disponível em:<

[http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=191&pag=show\\_editorial&editorial\\_atual=3&total=2&materia=2407](http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=191&pag=show_editorial&editorial_atual=3&total=2&materia=2407)>. Acesso em: 05 dez. 2014.

MAIA, Antonio. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo Sem Fronteiras**, [s. L.], v. 11, n. 1, p.54-71, jun. 2011. Quadrimestral. Disponível em:

<<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss1articles/maia.pdf>>.

Acesso em: 01 jul. 2011.

MELO, Marcos Costa. Da ideia à materialização: a relação Estado Colônia Santana. **Psiquiatry on line Brasil**, v.5, n.12. 2000. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano00/wal1200.php>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**.

Disponível em: <

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=assembleia>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008.

\_\_\_\_\_. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MONTEIRO, Claudia Barbastefano. Assembleia de pacientes na internação psiquiátrica: um caminho no resgate do exercício da cidadania. **R. pesq.: cuid. fundam. online** 2010. out/dez. 2(4):1339-1342. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22171&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MOURA, João Clemente A. Quaresma de. **O poder na obra de Foucault e as Estratégias do Contemporâneo**. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9999/9999\\_5.PDF](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9999/9999_5.PDF)>. Acesso em: 20 jun. 2016

MOURA, Maiara Águida Porfírio; SILVA, Maria da Glória Oliveira; MORAIS, Thiago Pinheiro de. Centro de atenção psicossocial e a participação familiar no cuidado ao portador de sofrimento psíquico. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 60, p.19-24, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228212004>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

OLIVEIRA, WF. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: Contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p.52-71, jul. 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2125>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3069-3078, nov. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 01 jul. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. **Notícias**. Disponível em: <<http://www.pmsj.sc.gov.br/2013/04/adeliana-dal-pont-apresenta-os-rumos-da-administracao-publica-em-sao-jose/>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **História**. Disponível em: <<http://www.saojose.sc.gov.br/index.php/sao-jose/historia>>. Acesso em: 25 maio 2015.

PRUNER, Gisele; SARDÁ, M. E. **Atuação do enfermeiro como acompanhante terapêutico**: Uma proposta assistencial aos portadores

de transtorno mental, fundamentada na teoria de Joyce Travelbee. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) Programa de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107945>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

SCALZAVARA, Fernanda. **A operacionalização da reforma psiquiátrica brasileira** - um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. Disponível em: < <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88316>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. **História da atenção á saúde mental em Santa Catarina**. Projeto de pesquisa. Departamento de Psicologia, UFSC. 2010. Disponível em:<[http://psiclin.ufsc.br/files/2010/06/Projeto\\_hist%C3%B3ria\\_Sa%C3%BAde\\_Mental\\_SC.pdf](http://psiclin.ufsc.br/files/2010/06/Projeto_hist%C3%B3ria_Sa%C3%BAde_Mental_SC.pdf)>. Acesso em 23 fev. 2015.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.553-570, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n2/0104-5970-hcsm-20-02-00553.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SC. Divisão de políticas de saúde mental. **Relatório de Gestão 2010**. Florianópolis: 2011. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=4560&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=4560&Itemid=82)>. Acesso em: 05 dez. 2014.

SLAVICH, Antonio. Mito e realidade da autogestão. In: BASÁGLIA, Franco (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. Cap. 4. p. 157-174.

SILVA, Juliana M. Furtado. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**: Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral- Florianópolis. 2004. 56 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/114651>>.  
Acesso em: 10 jul. 2015.

SURJUS, L. T, de Lima e Silva. **Narrativas Políticas:** o olhar dos usuários sobre os CAPS (centros de atenção psicossocial) de Campinas. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/luciana2007mestrado.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2016.

TEIXEIRA JR S, KANTORSKI LP, OLSCHOWSKY A. O Centro de atenção psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Revista gaúcha enfermagem**, porto alegre, 2009, setembro 255-60. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6009>>. Acesso em: 20 maio 2016.

TEIXEIRA, Mario. **Hospício e Poder**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.25-59, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

TORRE, E. H. Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 mar. 2016.

VASCON, Nino. Introdução Documentária. In: BASÁGLIA, Franco (Org.). **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. Cap. 1. p. 13-98.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. 162 p.



## APÊNDICE A – TCLE - EQUIPE TÉCNICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Assembleia e saúde mental: Um estudo sobre a opinião de usuários e profissionais do CAPS II –São José/SC.**

**Justificativa e objetivos da pesquisa:** O principal objetivo é analisar a opinião dos usuários e profissionais do CAPS II de São José/SC sobre o tema assembleia de usuários. Este estudo possibilitará uma discussão de usuários e profissionais sobre o tema, útil ao cotidiano daqueles que frequentam o serviço.

1. **Procedimento de coleta de dados:** Você participará de uma entrevista semi-estruturada conduzida pelo pesquisador do estudo.

2. **Riscos:** Durante a pesquisa você poderá sentir algum desconforto, como timidez, ansiedade e constrangimento, ao expor sua opinião ao pesquisador. O pesquisador tentará evitar qualquer desconforto, mas caso isto ocorra, tende a ser passageiro e o pesquisador estará, a todo momento, disponível a ajudá-lo com estes sentimentos, inclusive após término da pesquisa.

3. **Benefícios:** A pesquisa promoverá o levantamento de conhecimentos sobre como deve ser uma assembleia de usuários no CAPS que você trabalha.

4. **Sigilo e anonimato:** Ao participar da pesquisa você tem garantido sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa. Você também não será identificado em qualquer publicação que esta pesquisa possa resultar.

5. **Custos e indenização:** Sua participação será gratuita e voluntária. O pesquisador garantirá indenização a qualquer dano decorrente da pesquisa.

6. **Esclarecimentos:** Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalizações ou benefícios.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão se assim eu desejar. Em caso de dúvidas poderei falar com a pesquisadora Cristina Folster Pereira ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Catarina.

**\*Cristina Folster Pereira**

Endereço residencial: Rua São Sebastião, 3727, Santo Amaro da Imperatriz, Santa Catarina. Telefone: (48) 96640422 E-mail: [cristinafolster@gmail.com](mailto:cristinafolster@gmail.com)

**\*CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina**, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade - Florianópolis/SC, CEP 88040-400, no telefone (48) 3721-6094. - **E-mail:** [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São José, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora  
Cristina Folster Pereira

## APÊNDICE B - TCLE - USUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Assembleia e saúde mental: Um estudo sobre a opinião de usuários e profissionais do CAPS II –São José/SC.**

Explicações do pesquisador sobre a pesquisa:

7. **Justificativa e objetivos da pesquisa:** O principal objetivo é pesquisar a opinião dos usuários e profissionais do CAPS II de São José/SC sobre o tema assembleia de usuários. Este estudo possibilitará uma discussão de usuários e profissionais sobre o tema, útil ao cotidiano de todos que frequentam o CAPS.

8. **Procedimento de coleta de informações:** Se você concordar em fazer parte desta pesquisa, você participará de dois encontros em um grupo com mais sete usuários e o pesquisador, no qual se discutirá o tema assembleia de usuários. Você também poderá ser convidado a realizar uma entrevista com o pesquisador que lhe fará perguntas sobre sua opinião em relação ao tema assembleia de usuários.

9. **Riscos:** Durante a pesquisa você poderá sentir algum desconforto, como timidez, ansiedade e constrangimento, ao expor sua opinião a outros usuários e o pesquisador. O pesquisador tentará evitar qualquer desconforto, mas caso isto ocorra, tende a ser passageiro e o pesquisador estará, a todo momento, disponível a ajudá-lo com estes sentimentos, inclusive após término da pesquisa.

10. **Benefícios:** Ao participar da pesquisa você será escutado com respeito e consideração, assim como você também poderá

escutar e aprender com os outros usuários. Sua opinião trará conhecimentos importantes sobre como deve ser uma assembleia de usuários no CAPS que você utiliza.

11. **Sigilo e anonimato:** Ao participar da pesquisa você tem garantido sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa. Você também não será identificado em qualquer publicação que esta pesquisa possa resultar.

12. **Custos e indenização:** Para participar da pesquisa você não terá custos, ou seja, sua participação será gratuita e voluntária. O pesquisador garantirá indenização a qualquer dano decorrente da pesquisa.

13. **Esclarecimentos:** Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu tratamento ou benefícios.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão se assim eu desejar. Em caso de dúvidas poderei falar com a pesquisadora Cristina Folster Pereira ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Catarina.

**\*Cristina Folster Pereira**

Endereço residencial: Rua São Sebastião, 3727, Santo Amaro da Imperatriz, Santa Catarina. Telefone: (48) 96640422 E-mail: [cristinafolster@gmail.com](mailto:cristinafolster@gmail.com)

**\*CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina**, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade - Florianópolis/SC, CEP 88040-400, no telefone (48) 3721-6094. - **E-mail:** [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São José, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura da pesquisadora  
Cristina Folster Pereira

## APÊNDICE C – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

**Pesquisa:** Assembleia de usuários e saúde mental: o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial

**Pesquisador Responsável:** Cristina Folster Pereira

**Orientador da pesquisa:** Profa. Dra. Sandra Caponi

1. O que vocês acham que é uma assembleia?
2. O que seria uma assembleia de usuários? Vocês gostariam que tivesse assembleia aqui no CAPS?
3. E, como seria uma assembleia aqui no CAPS? Como ela se organizaria? Alguém coordenaria os encontros? Quem?
4. Quem poderia participar? Vocês participariam?

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

**Pesquisa:** Assembleia de usuários e saúde mental: o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial

**Pesquisador Responsável:** Cristina Folster Pereira

**Orientador da pesquisa:** Profa. Dra. Sandra Caponi

1. O que é uma assembleia de usuários para você? Já participou de alguma?
2. Você gostaria que este serviço contasse com assembleia de usuários? Você participaria dos encontros? O que você gostaria de falar num encontro de assembleia? Você acha que a assembleia de usuários mudaria alguma coisa no serviço e/ou para você?
3. Como você entende que deva ser os encontros de assembleia de usuários neste CAPS? Quem participaria? Alguém coordenaria os encontros? Quem? Com qual frequência você gostaria que tivessem reuniões de assembleia?

## APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

**Pesquisa:** Assembleia de usuários e saúde mental: o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial

**Pesquisador Responsável:** Cristina Folster Pereira

**Orientador da pesquisa:** Profa. Dra. Sandra Caponi

1. O que é uma assembleia de usuários para você? Qual relação desta com o movimento da Reforma Psiquiátrica?
2. O que você supõe que a realização deste dispositivo possa influenciar no serviço?
3. Você gostaria que este CAPS contasse com assembleia de usuários? Você participaria dos encontros?
4. Como você entende que deva ser os encontros de assembleia de usuários neste CAPS?

## ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ASSEMBLEIA DE USUÁRIOS E SAÚDE MENTAL: O OLHAR DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisador:** Sandra Caponi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 49328315.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.556.918

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de uma emenda ao estudo acima nominado, nos seguintes termos:

"Após leitura de meu projeto pelo grupo de pesquisa ao qual participo e de minha orientadora (Sandra Caponi), algumas alterações foram realizadas. ALTERAÇÃO NO TÍTULO JUSTIFICATIVA: Especificou-se de qual assembleia se está falando; substituição de "opinião" por "olhar" e substituição de "CAPS II de São José" por "Centro de atenção psicossocial" não viu-se a necessidade de especificar já no título de qual CAPS trata-se. ALTERAÇÃO NOS OBJETIVOS JUSTIFICATIVA: Dois objetivos foram considerados redundantes, o primeiro pela semelhança com o geral, o quarto por tratar-se de uma parte do projeto conjunto com levantamento teórico e exploratório e não de um objetivo da pesquisa em si. ALTERAÇÃO DO CRONOGRAMA JUSTIFICATIVA: Com a resposta do CEP só em fevereiro deste ano, a coleta também atrasou (porque só foi realizada após aprovação dos TCLE), consequentemente a escrita final e possibilidade de devolutiva aos participantes também precisou ser alterada."

#### Objetivo da Pesquisa:

Projeto já analisado por este CEP e aprovado. A emenda trata dos objetivos da seguinte forma: "Dois objetivos foram considerados redundantes, o primeiro pela semelhança com o geral, o quarto por tratar-se de uma parte do projeto conjunto com levantamento teórico e exploratório e

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.556.918

não de um objetivo da pesquisa em si."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já avaliados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Além das alterações na forma de formatação dos objetivos, é solicitado a alteração do cronograma pelo motivo de o parecer de aprovação só ter sido publicado em fevereiro.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A emenda foi apresentada conforme as demandas das normas operacionais do sistema CEP-CONEP.

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação é necessária.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Assim sendo, concluímos pelo encaminhamento da aprovação da emenda apresentada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_720255 E1.pdf	16/05/2016 21:34:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_usuarios.pdf	06/12/2015 17:09:30	Cristina Folster Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_profissionais.pdf	06/12/2015 17:08:41	Cristina Folster Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	06/12/2015 17:07:49	Cristina Folster Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/09/2015 19:33:26	Sandra Caponi	Aceito
Outros	roteiros_das_entrevistas.pdf	17/09/2015 19:05:17	Sandra Caponi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodissertacao.pdf	29/08/2015 21:05:45	Sandra Caponi	Aceito
Declaração de Instituição e	instituicao.pdf	29/08/2015 21:02:51	Sandra Caponi	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.556.918

Infraestrutura	instituicao.pdf	29/08/2015 21:02:51	Sandra Caponi	Aceito
----------------	-----------------	------------------------	---------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Maio de 2016

---

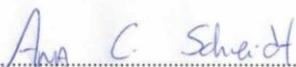
**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO****DECLARAÇÃO**  
**Ana Cláudia Scheidt**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de São José/SC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Assembleia e saúde mental: Um estudo sobre a opinião de usuários e profissionais do CAPS II –São José/SC, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 19/09/2015

ASSINATURA: .....**NOME:** Ana Cláudia Scheidt**CARGO:** Coordenadora CAPS II de São José/SC**CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**  
**Ana Cláudia Scheidt**  
Ent. Coordenadora - CAPS II  
Cep/en: 357229  
Biblioteca Municipal de Beato - RJ