



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

THIAGO DE SOUZA SANTOS

**“OUTRAR-SE” SUJEITO: AUTONOMIA E SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR
USUÁRIOS/AS DO CAPS III DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE
2023**

THIAGO DE SOUZA SANTOS

**“OUTRAR-SE” SUJEITO: AUTONOMIA E SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR
USUÁRIOS/AS DO CAPS III DE CAMPINA GRANDE/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Velôso.

**CAMPINA GRANDE
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237o Santos, Thiago de Souza.
"Outrar-se" sujeito [manuscrito] : autonomia e sentidos
construídos por usuários/as do CAPS III de Campina
Grande/PB / Thiago de Souza Santos. - 2023.
135 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2024.
"Orientação : Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso,
Departamento de Psicologia - CCBS. "
1. Autonomia pessoal. 2. Projeto terapêutico singular. 3.
Sofrimento psíquico. 4. CAPS. I. Título

21. ed. CDD 158.1

THIAGO DE SOUZA SANTOS

**“OUTRAR-SE” SUJEITO: AUTONOMIA E SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR
USUÁRIOS/AS DO CAPS III DE CAMPINA GRANDE/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

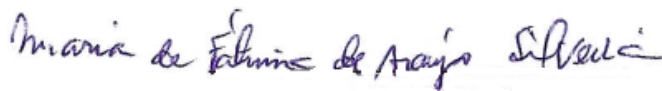
Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Aprovado em: 13/12/2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Thelma Maria Grisi Veloso
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Araújo Silveira
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Dr. Jader Ferreira Leite
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Membro Externo

Dedico este trabalho a todas/os usuárias/os dos serviços de saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Sou muito agradecido à minha companheira Clarissa, meu amor, por compartilharmos as delícias da vida e a potência do afeto, e também as lutas que são tão importantes para a transformação do mundo. Você sustentou, na parceria, as minhas alegrias e dificuldades de todo este processo do mestrado, soprando leveza e baforando ar fresco nesta minha caminhada. Agradeço, amor! E ao meu filho Martin, que enche minha vida de amor e alegria.

À minha mãe Maria e irmã Tamires, pelas orações, amor e cuidado, minha base ainda que distante no mapa. Agradeço à tia Rosa, tio Roque, Josy, Carlinhos, Pedrinho, vó Mariá e a família Paranhos Guedes, que sempre está na torcida por mim, pela qual tenho tanto afeto e recebo tanto carinho e apoio. Conexões São Paulo e Bahia que pulsam afeto na Paraíba.

Às minhas professoras e amigas Cris Lopérgolo e Simone Ramalho por toda a afetividade, por me inspirarem e me iniciarem nessa caminhada profissional e de afirmação com a Loucura.

Aos amigos e amigas que também me inspiraram com sua sensibilidade na atuação junto à Saúde Mental e na produção de outros modos de saúde, em especial à Renata Magalhães (*in memoriam*), que muito atualizou a flor amarela de Alberto Caeiro com sua alegria e batuque.

Agradeço à minha rede de afeto e apoio em Campina Grande (Graça, Eliza, Ricard, Raissa, Diego e Léo) por fazer comunidade nesta ciranda da vida. E também a Alyne Alvarez, Dani, Camila, Indianara, professor Jefferson e professor Marden.

Ao Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde, em especial o apoio de Estela e aos professores pelos ensinamentos e suporte ao longo desse caminho, sintam-se representados aqui em nome de Profa. Josevânia, Profa. Sibelle e Prof. Edil.

À FAPESQ-PB, por investir na pesquisa e em quem faz dela um trabalho voltado para a sociedade e a ciência.

Agradeço a todos os profissionais do CAPS III, representados aqui pela gestão dos serviços de Saúde Mental de Campina Grande: Lívia, Pedro, Niedja e Fernanda, pela acolhida e pelo apoio.

Agradeço ao professor Jäder Ferreira Leite e à professora Maria de Fátima de Araújo Silveira por aceitarem compor a banca de qualificação, assim como a de defesa desta dissertação, e nos auxiliar na amplitude necessária deste estudo.

À professora Thelma, por ser guia e orientar esse processo, que teve muito aprendizado e desafios. Todo o percurso da pesquisa e sua construção foram possíveis porque eu/pesquisador

estive bem acompanhado nas orientações e provocações, apoiado pela crítica, pelos afetos e pelos movimentos formativos.

Às (aos) usuárias (os) do SUS, especialmente as/os usuárias/os do CAPS III de Campina Grande, que tornaram esta pesquisa possível e que fazem o Movimento da Luta Antimanicomial pulsar em nossa realidade.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento da Luta Antimanicomial marcaram a mudança de paradigma do cuidado em saúde mental, tirando o foco da doença e voltando-se para o sujeito em sofrimento psíquico e suas relações comunitárias e territoriais. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento importante desse processo, pois sua construção baseia-se no cuidado em liberdade e no estímulo à participação e autonomia do usuário, possibilitando consolidar uma nova forma de atenção em saúde mental. Nesse contexto, esta pesquisa se propôs a investigar como os usuários do CAPS III de Campina Grande-PB exercem sua autonomia, por meio dos relatos construídos sobre seu cotidiano. Os objetivos específicos foram saber, através dos relatos, se a autonomia está sendo incentivada pelo CAPS III no processo de construção do PTS; analisar os sentidos que os usuários do CAPS III constroem sobre sua participação nesse projeto terapêutico; e analisar os posicionamentos identitários que constroem em seus relatos. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório, fundamentada na perspectiva teórico-metodológica do estudo da produção de sentidos através da análise das práticas discursivas. Para a produção de informações, utilizou-se o dispositivo ‘oficina de fotografia’ e o diário de campo como instrumentos. Foram realizadas onze oficinas, as quais foram gravadas. Participaram dessas oficinas cinco usuários do serviço – um homem e quatro mulheres. Os relatos produzidos nas oficinas foram submetidos à análise de discurso através do uso dos mapas dialógicos. Os participantes se posicionam como pessoas capazes de exercer sua autonomia, apesar das limitações sociais, como a falta de credibilidade e de acesso ao trabalho. Os relatos apontam a centralização da medicalização e seus efeitos prejudiciais, sugerindo a importância da gestão autônoma da medicação. Identificaram-se ainda ações que restringem a autonomia – como o risco da tutela, a discriminação e os estigmas – como também, ações que incentivam a autonomia através do apoio social da família e do serviço de saúde mental. Evidenciou-se o desconhecimento do termo ‘Projeto Terapêutico Singular’ e a falta de incentivo à autonomia dos sujeitos no que diz respeito à escolha das atividades que irão desenvolver no serviço. Ao se posicionarem como capazes, valorizam a liberdade e a independência, e recusam-se a serem classificados como pessoas “doidas” ou “doentes”. Conclui-se que, mesmo diante das restrições colocadas pela sociedade, os usuários desse serviço resistem e buscam exercer a autonomia e afirmar suas capacidades.

Palavras-Chave: autonomia pessoal; projeto terapêutico singular; sofrimento psíquico; CAPS.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Movement marked a paradigm change in mental health care, shifting the focus from illness to the subject experiencing psychological distress and their community and territorial relationships. The Singular Therapeutic Project (PTS, in Portuguese), is an important instrument in this process, as its formulation is based on care in freedom and the encouragement of user's participation and autonomy, enabling the consolidation of a new form of mental health care. This study investigated how users of the Psychosocial Care Center III (CAPS III) in Campina Grande-PB exercise their autonomy through the narratives constructed about their daily activities. The specific objectives were to find out, through the narratives, if autonomy is being encouraged at CAPS III by applying PTS construction processes; to analyze the meanings that CAPS III users construct about their participation in this therapeutic project; and to analyze the identity positions they construct in their narratives. It is a qualitative research of an exploratory nature, based on the theoretical-methodological perspective of the study of meaning production through the analysis of discursive practices. To gather information, a "photography workshop" device and a field journal were used. Eleven workshops were conducted and had audio recorded. Five service users – one man and four women – participated in these workshops. The narratives produced in the workshops were subjected to discourse analysis using dialogic maps. Participants position themselves as capable of exercising their autonomy, despite social limitations such as lack of credibility and access to work. The narratives highlight the centralization of medicalization and its detrimental effects, suggesting the importance of autonomous medication management. Actions that restrict autonomy were identified, such as the risk of guardianship, discrimination, and stigma, as well as actions that encourage autonomy through social support from family and mental health services. There was evidence of unfamiliarity with the term 'Singular Therapeutic Project' and a lack of encouragement for subjects autonomy in choosing the activities they will develop in the service. By positioning themselves as capable individuals, they value freedom and independence and refuse to be classified as "crazy" or "sick" people. The study concludes that, even in the face of societal constraints, users of this service resist and strive to exercise autonomy and affirm their capabilities.

Keywords: personal autonomy; singular therapeutic project; psychic suffering; CAPS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
COVID19	<i>Corona virus disease</i> 2019
CR	Consultório de rua
CRP 13	13º Conselho Regional de Psicologia
eCR	equipe de Consultório na Rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
LHG	Leitos em Hospital Geral
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PT	Projeto Terapêutico
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SRT	Serviços Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAGV	Termo de Autorização de Gravação de Voz
TAI	Termo de Autorização de Imagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAT	Unidade de Acolhimento Transitório

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Revisão de literatura e delimitação do tema abordado	18
2.2	Práticas discursivas e produção de sentidos	25
3	CAPÍTULO 2. CAMINHO METODOLÓGICO	32
3.1	Local da pesquisa	32
3.2	Itinerário para produção de informações	32
3.3	Participantes	33
3.4	Diário de campo	34
3.5	Dispositivo Oficina de Fotografia	34
3.5.1	<i>Primeiro Encontro – “O que é autonomia?”</i>	36
3.5.2	<i>Segundo Encontro – “Autonomia e diálogos a partir de imagens”</i> <i>Título da seção terciária</i>	37
3.5.3	<i>Terceiro Encontro – “Autonomia e acesso aos lugares da cidade”</i>	38
3.5.4	<i>Quarto Encontro – “Conversando sobre o PTS”</i>	40
3.5.5	<i>Quinto Encontro – “Construindo um PTS”</i>	41
3.5.6	<i>Sexto Encontro – “Como é que faz para sair da ‘ilha’?”</i>	43
3.5.7	<i>Sétimo Encontro – “Autonomia e PTS nas fotografias produzidas”</i>	44
3.5.8	<i>Oitavo Encontro – “Reflexões sobre o PTS e sobre fotografia”</i>	45
3.5.9	<i>Nono Encontro – “Revisitar o percurso e organizar a exposição fotográfica”</i>	47
3.5.10	<i>Décimo Encontro – “Organização da Exposição fotográfica ‘A Esperança Continua’”</i>	48
3.5.11	<i>Décimo Primeiro Encontro – “Exposição fotográfica ‘A Esperança Continua’”</i>	50
3.6	Estratégias de análise das oficinas	51
3.7	Aspectos éticos	52
4	CAPÍTULO 3. MAPEANDO DIÁLOGOS SOBRE A AUTONOMIA	54
4.1	Sentidos construídos sobre autonomia	54
4.1.1	<i>“É um nome muito complicado, autonomia”</i>	54
4.2	Autonomia e o Projeto Terapêutico Singular	69

4.2.1	<i>“Projeto sei lá o quê”: “Singular. Não sei nem o que é”</i>	69
4.2.2	<i>PTS em cena: “ela não participa, não, da decisão”</i>	73
4.2.3	<i>“Sabe o que a gente tá precisando?”: limitação e potencialidade do PTS</i>	79
4.3	Posicionamentos identitários construídos pelos usuários do CAPS III	85
4.3.1	<i>“Eu tenho capacidade, sim”: “a gente somos capazes”</i>	85
4.4	Compondo diálogos com a revisão teórica	92
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS OU (IN)CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ...	116
	APÊNDICE B – ESTRUTURA DOS MAPAS DIALÓGICOS	
	UTILIZADOS	117
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO (TCLE)	118
	ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	
	(TAGV)	126
	ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM (TAI)	130
	ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE	
	ÉTICA EM PESQUISA (UEPB)	132
	ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE	
	ÉTICA EM PESQUISA (UEPB)	135

1 INTRODUÇÃO

A construção da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do processo de redemocratização do país, abriu caminhos para a implantação de serviços substitutivos aos modelos asilares, com a promulgação da Lei nº 10.216 de 2001 e as experiências em serviços de saúde mental comunitária e territorial, que viriam viabilizar e ratificar o fechamento de hospitais psiquiátricos. A referida implantação atendeu à reivindicação do lema “*Por uma sociedade sem manicômios*” e resultou na busca e no exercício da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico e no abandono das relações de tutela historicamente exercidas (Amarante & Nunes, 2018; Fernandes, Lima, & Oliveira, 2020).

A lei citada foi um marco legal importante para inaugurar o rompimento com a lógica manicomial, dando respaldo para a construção de serviços de base comunitária e territorial. A Política Nacional de Saúde Mental se consolidou por meio da Portaria nº 336 de 2002 e possibilitou a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diferentes modalidades – I, II e III – segundo critérios populacionais e pactuações regionais, bem como as linhas específicas de cuidado Infanto-Juvenil e Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2002).

Outro marco legal relevante foi a Portaria nº 3088 de 2011, que estabeleceu a ampliação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como, por exemplo, da Equipe de Consultório na Rua (eCR); dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas Unidades Básicas de Saúde; das Unidades de Acolhimento Transitório (UAT); dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e dos Leitos em Hospital Geral (LHG) (Fernandes et al., 2020). Nesse processo, foram estabelecidas diretrizes para a atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). A RAPS é uma das *redes temáticas* priorizadas com pactuação tripartite entre os municípios, os estados e a Federação, para efetivar a rede de atenção à saúde (Brasil, 2014).

Em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, com destaque para a autonomia e a participação social na orientação dos processos de produção de saúde, bem como de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), as ações de reabilitação psicossocial buscam fortalecer o protagonismo e aumentar o poder contratual dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade através das trocas e dos laços sociais. Na interface entre saúde mental e saúde coletiva, visa-se à circulação do saber e do poder entre usuários e profissionais, por meio da clínica ampliada, para efetivar o exercício da autonomia e da cidadania como estratégias de atenção à saúde (Campos & Onocko-Campos, 2012; Gonçalves & Onocko-Campos, 2017).

A concepção de autonomia não é pensar formas do sujeito reger a si mesmo de maneira privada, ou ainda em formas instituídas que motivem um modelo de empreendedorismo de si mesmo, mas, sim, do conceito pensado a partir do estudo de Penido e Romagnoli (2018), onde o processo de autonomia é singular, havendo a necessidade de corresponsabilização e cogestão por sujeitos e coletivos. A. Silva, Aleixo, Silva, Duarte e Moraes (2021) apontam que não há uma autonomia pronta e aplicável para todos os sujeitos, mas que ela se dá pelas trocas sociais e “relações de interdependência para a construção das escolhas e decisões de modo ético, isto é, decisões que podem ser apoiadas e cujos efeitos considerem sua existência na relação com os demais que o cercam” (p. 1100).

Deste modo, a concepção de autonomia pretendida nesta pesquisa evita o seu uso instrumental e busca algo mais amplo. Pois, as pesquisas de Penido e Romagnoli (2018) e A. Silva et al. (2021) problematizaram e ampliaram a discussão sobre autonomia enquanto categoria emergente no conceito de promoção da saúde, o que contribuiu para diferenciar autonomia do discurso neoliberal.

Antes das atualizações que foram sendo feitas ao longo da construção da RPB e da MLA, Kinoshita (2016), Pitta (2016) e Saraceno (2016) já haviam iniciado a discussão crítica em torno do conceito de autonomia, em que Kinoshita (2016) buscou aprofundar a discussão deste conceito, inspirado em Maturana e Varela (1995), e defendeu que restringir o sujeito de acessar todos os recursos possíveis traz prejuízos para a sua autonomia. Kinoshita (2016) escreve ainda que, se os sujeitos em sofrimento psíquico tiverem a liberdade e a possibilidade de acessar diferentes alternativas de serviços na comunidade e no território, seu poder contratual e sua autonomia serão ampliados por meio das trocas sociais.

No que diz respeito às ações no âmbito da RPB, os CAPS apresentam, entre os Registros de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e atenção psicossocial, o fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares e a promoção da contratualidade no território. Ambas as ações visam ao processo de inserção social, articulando a reabilitação psicossocial juntamente com outros serviços ou pontos estratégicos no território. Essas ações carecem de mais estudos e aprimoramento devido às dificuldades que os profissionais dos CAPS enfrentam para difundi-las. Isso se justifica porque, segundo T.A. Silva, Paula e Araújo (2018), existem processos que constroem o protagonismo e mantêm a passividade dos sujeitos que usam o serviço, o que, conseqüentemente, enrijece e verticaliza as relações entre profissionais e usuários.

Em contrapartida, os autores afirmam que existem espaços potentes de ações em saúde mental, que, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), buscam bases no cuidado em

liberdade, na autonomia, no apoio social e no território. Eles concluem que são essas bases que possibilitam consolidar uma nova forma de cuidado em saúde mental, em detrimento da reprodução da lógica manicomial produtora de cronicidade (T.A. Silva et al., 2018).

O PTS foi criado para construir, junto com o sujeito, um projeto de cuidado que faz parte da Política Nacional de Humanização do SUS e contribui para a produção de saúde ampliada e compartilhada. Na interface com a saúde coletiva, a saúde mental utiliza esse instrumento para abarcar as diferentes dimensões e esferas da vida singular e coletiva do sujeito, como, por exemplo, onde e como vive, visando aos seus modos de existir e de produzir vida. Desse modo, o cuidado é construído com ele, a partir da sua experiência com o sofrimento psíquico e na relação com suas necessidades (Brasil, 2008; Theodoro & Moreira, 2017).

Segundo Diniz (2017), o Projeto Terapêutico (PT) foi instituído antes do PTS, por meio da Portaria nº 147/1994 do Ministério da Saúde,

como conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados à recuperação do paciente desde sua admissão até sua alta. Houve, também, o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados às características da clientela, visando a compatibilizar a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Isso envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que possibilita o encaminhamento do paciente, após a alta, para a continuidade do tratamento (p. 08).

Na visão de Tavares, Willrich e Portela (2021), a proposta do PTS se utilizou de ideias e experiências da reforma psiquiátrica, pois seu foco é no respeito à singularidade do sujeito e no pressuposto da articulação entre o técnico de referência e os profissionais de uma equipe, em espaços coletivos de discussão, desenvolvendo ações compartilhadas. De forma complementar, Diniz (2017) enfatiza que o planejamento do PTS “deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e de sua família, promovendo maior autonomia e compartilhamento de informações e saberes” (p. 09).

Assim, é possível afirmar que esse instrumento permite que o cuidado em saúde seja construído com o sujeito, e sua utilização possibilita a circulação do saber e do poder entre os usuários dos serviços, os profissionais, a comunidade e o território, a fim de ampliar os

processos de ação (Brasil, 2008; Diniz, 2017; Theodoro & Moreira, 2017).

Tavares et al. (2021) asseveram que, para construir o PTS, são necessários três passos: 1) identificar os motivos da busca pelo serviço; 2) cartografar a vida do usuário e seu contexto; e 3) criar um mapa da vida do usuário contendo, de forma detalhada, informações sobre suas condições financeiras e materiais, bem como suas vulnerabilidades e riscos.

No cenário de retrocessos, por meio da Contrarreforma realizada pela gestão do governo federal anterior (2019-2022), deixou-se de investir na RAPS e nos serviços comunitários e territoriais, estratégicos para a RPB, consolidando o retorno de investimentos em serviços manicomiais (hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica).

A contrarreforma neoliberal inviabiliza as políticas universais e outros princípios que regem o SUS. Paim (2013) alerta que a captura das fontes de financiamento da seguridade social para a área econômica de diferentes governos comprometeu o uso de recursos em direitos sociais importantes. Assim, devido aos retrocessos, o SUS ficou subfinanciado, e os recursos necessários para efetivar a política ficaram subdimensionados. A Contrarreforma Psiquiátrica é resultado, também, dessa lógica neoliberal do estado mínimo, que, de forma mercantilizada, propõe um modelo tradicional e manicomial de atenção à saúde (Dimenstein et al., 2021; M.O. Nunes, Lima, Portugal, & Torrenté, 2019).

Em um estudo realizado no período de 2008 a 2017, Fernandes et al. (2020) concluíram que, no Brasil, os serviços de assistência à saúde mental foram ofertados de forma híbrida, por meio do modelo de rede substitutiva e do modelo asilar, o que pode ter dificultado a efetivação da RAPS. De acordo com os referidos autores, “os serviços asilares são parte da própria rede que inicialmente foi legislada para substituí-los” (p. 3).

Devido aos arranjos políticos que orquestraram o impeachment em 2016, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas sofreu uma grave reorientação, desrespeitando o processo de construção da RPB. M.O. Nunes et al. (2019) asseveram que, ao introduzir o hospital psiquiátrico como parte da RAPS, a suposta “nova política” contrariou a Portaria nº 3.088/2011, que não o reconhece nem o menciona como parte da rede. Os autores referiram que “[...] à privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX” (M.O. Nunes et al., 2019, pp. 4493-4494).

Dessa maneira, a Contrarreforma fez retroceder conquistas importantes. A Portaria nº 3.588/2017, seguida da Nota Técnica nº 11/2019, instituídas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD/DAPES/SAS/MS, geraram polêmica entre

os que defendem a RPB, e as alterações foram apontadas pelos críticos como um suposto abandono da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, na medida em que deixaram de investir na rede de serviços de base territorial e comunitária do país (Brasil, 2017; Brasil, 2019; Fernandes et al., 2020, Dimenstein et al., 2021).

Outro retrocesso aconteceu com a Portaria nº 596, instituída pelo Ministério da Saúde, em 22 de março de 2022, que suspendeu todas as verbas e previsões legais destinadas ao financiamento de programas para o processo de desinstitucionalização pela RPB (Brasil, 2022).

As ações de Contrarreforma podem seguir na contramão dos princípios básicos e fundamentais do SUS, na medida em que se distanciam dos princípios da integralidade, da universalidade e da equidade e enfraquecem o caráter substitutivo dos serviços de saúde mental com perspectiva comunitária e territorial nas suas ações (Dimenstein et al., 2021).

Vale ressaltar que, no contexto atual, com a eleição de um novo governo federal (2023-2026), observa-se uma retomada de uma agenda democrática que indica o respeito aos direitos humanos e sociais no Brasil, bem como um aumento nos investimentos na RAPS, através de uma política de saúde mental alinhada com a RPB e o MLA.

A cidade de Campina Grande-PB¹ já foi destaque no processo da RPB, com a intervenção no hospital psiquiátrico de médio porte, o Hospital João Ribeiro, onde foi feita uma fiscalização e se constataram maus-tratos e outros tipos de violação de direitos. A intervenção resultou na desospitalização e na implantação de serviços substitutivos comunitários e territoriais, conforme apontado no relatório *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* (Brasil, 2005). Em contrapartida, outro hospital psiquiátrico – a Clínica Psiquiátrica Dr. Maia – citado no documento continuou credenciado ao SUS, o que caracteriza uma rede substitutiva não homogênea de serviços (Brasil, 2005; Centro Cultural Ministério da Saúde

1 Segundo informações obtidas no folder impresso pela Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande, Paraíba (2022), a RAPS do município de Campina Grande, Paraíba, é formada atualmente pelos seguintes pontos de atenção: CAPS I – Intervenção Precoce (atende a crianças e a adolescentes de até 15 anos de idade em sofrimento psíquico); CAPS I Viva Gente (atende a crianças a partir de seis anos de idade e adolescentes em sofrimento psíquico); CAPS I Bem viver (Distrito de Galante); CAPS I Cuidar e Viver (Distrito de São José da Mata); CAPS II Novos Tempos (atende a pessoas adultas); CAPS III Reviver (atende a pessoas em crise – funciona 24 horas todos os dias da semana); CAPS AD (atende a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas); CAPS AD III (atende a crianças e a adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, funcionando 24 horas todos os dias da semana); Leitos Especializados em Saúde Mental – LESM (20 leitos para atender a pessoas em crise, funcionando 24 horas todos os dias da semana no Hospital Municipal Dr. Edgley); Centro de Convivência Cultural “Artes e Ofícios” (tem a finalidade de proporcionar atividades artísticas e culturais aos usuários de Saúde Mental e seus familiares); Chalé de Artesanato de Saúde Mental – CASM (funciona na Vila do Artesão, de terça-feira a domingo, com exposição de produtos confeccionados pelos usuários dos serviços); Ambulatório de Saúde Mental (com atendimento psicológico e psiquiátrico para pessoas em sofrimento psíquico “leves e moderados”); e seis Residências Terapêuticas localizadas na zona urbana, para pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos.

[CCMS], 2022).

Outro exemplo ilustrativo dessa rede não homogênea de serviços é a existência de ‘residências terapêuticas privadas’ no município de Campina Grande-PB que, segundo estudo realizado por Rodrigues, Veloso e Oliveira Filho (2022), contraria os princípios defendidos pela proposta reformista para uma atenção psicossocial de base comunitária e territorial.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao fato de a capacitação e a Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais do CAPS estarem ou não ocorrendo de acordo com a concepção da RPB. Nessa direção, em seu estudo, Mattos et al. (2021) referiram que pode haver permanência de produção de cuidado a partir do modelo da clínica tradicional e que, “embora a RPB tenha impulsionado avanços, é necessário discutir os saberes e os fazeres das práticas profissionais para a promoção da autonomia e transformações permanentes sobre os modos de cuidar” (p. 1286).

Considerando esse contexto de tensões, retrocessos e desafios – em meio à polarização entre RPB e Contrarreforma, em que esta última ganhou espaço na gestão do governo federal anterior (2018-2022), como já salientado – a pesquisa realizada visou produzir informações e dar visibilidade aos usuários do serviço, a fim de ouvir seus relatos sobre o tema proposto e de fortalecer as produções antimanicomais.

A motivação para pesquisar sobre esse tema surgiu da experiência e da formação profissional do pesquisador em serviços de saúde mental, que possibilitaram sua atuação articulada com a perspectiva da RPB e do MLA. Foram motivadores também os avanços e os desafios dessas perspectivas, que sofrem os retrocessos da Contrarreforma em curso no país.

Tendo em vista que existem diferentes realidades que ora podem se aproximar ora podem se distanciar do que foi proposto no curso da RPB e do MLA, esta pesquisa teve o objetivo geral de investigar como os usuários do CAPS III de Campina Grande-PB exercem a sua autonomia por meio dos relatos construídos por eles sobre o seu cotidiano. Os objetivos específicos foram: observar, através dos relatos, se a autonomia está sendo incentivada pelo CAPS III no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular; analisar os sentidos que os usuários do CAPS III constroem sobre sua participação no PTS; e conhecer os posicionamentos identitários que os usuários constroem por meio dos relatos. O CAPS III foi o serviço escolhido por ser um dos pilares da RAPS, considerando seu formato de equipe, horário de funcionamento e leitos de retaguarda para atenção à crise.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório, fundamentada na perspectiva teórico-metodológica da proposta de estudo da produção de sentidos, a partir da análise das práticas discursivas (Spink & Frezza, 2013; Spink & Medrado, 2013), para cujo

desenvolvimento foram utilizados o dispositivo oficina de fotografia e o diário de campo.

Cabe ainda ressaltar que esta dissertação foi estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo, realizamos a revisão de literatura a partir de uma fundamentação teórica de base construcionista – a proposta de estudo das práticas discursivas e produções de sentidos (Spink & Frezza, 2013; Spink & Medrado, 2013) e dos posicionamentos identitários (Davies & Harré, 1999).

No segundo capítulo, “Caminho Metodológico”, pretendeu-se fornecer uma visão geral do trajeto percorrido, e foram abordados aspectos relativos ao local da pesquisa, ao processo de coleta de informações, às características dos participantes, ao uso do diário de campo e da oficina de fotografia, ao uso dos mapas dialógicos na análise dos relatos produzidos nas oficinas e aos aspectos éticos considerados.

No terceiro capítulo, buscamos responder aos objetivos desta pesquisa. Sendo assim, os resultados foram apresentados em três tópicos: ‘Sentidos construídos sobre autonomia’; ‘Autonomia e Projeto Terapêutico Singular’; e ‘Posicionamentos identitários construídos pelos usuários do CAPS III’. Em seguida, realizamos uma discussão teórica a partir dos resultados alcançados. A fim de (in)concluir esta dissertação, vêm, por último, as considerações finais.

É importante explicar o motivo do uso do termo “outrar-se sujeito” colocado no título desta dissertação. Ele foi inspirado nas reflexões de autores como Deleuze, Fernando Pessoa e Peter Pál Pelbart e nas experiências profissionais em saúde mental, a partir da militância antimanicomial. “Otrar-se” é partir da multiplicidade do singular, “fazendo ciranda” no coletivo, a fim de produzir uma cultura afirmativa com a loucura.

2 CAPÍTULO 1. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Revisão de literatura e delimitação do tema abordado

O conceito de autonomia em saúde mental foi desenvolvido e utilizado historicamente por clássicas referências nesse campo. Kinoshita (2016), Pitta (2016) e Saraceno (2016) estabeleceram, de maneira crítica, outro formato para as ações de reabilitação psicossocial, já que a institucionalização de sujeitos em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos (modelo asilar) deu muitos prejuízos, e a perda da autonomia foi a que mais causou danos à vida desses sujeitos. Em contrapartida, se os sujeitos em sofrimento psíquico tiverem a liberdade e a possibilidade de acessar diferentes alternativas de serviços na comunidade e no território, por meio das trocas sociais, seu poder contratual e sua autonomia serão ampliados (Kinoshita, 2016).

Ressalte-se, entretanto, que não se pode confundir autonomia com autossuficiência e independência. Nos processos de produção de saúde, não é possível não depender de nada, pois todos os sujeitos são dependentes de alguma coisa e necessitam acessar diferentes áreas sociais durante a vida, como saúde, educação, cultura, moradia, trabalho, lazer e esporte. Não obstante, quando suas redes de relações, que se dão através da criação de elos e de experiências, são construídas entre pares e nos coletivos, eles se tornam mais autônomos. Nesse contexto, a autonomia é a capacidade que o sujeito tem de gerar normas em relação à sua experiência de vida (Kinoshita, 2016; A. Silva et al., 2021; Theodoro & Moreira, 2017).

Contribuindo com esse diálogo, Saraceno (2016) defende que as ações de reinserção social abrangem o trabalho de reabilitação como uma exigência ética, e não, meramente, como uma estratégia técnica. Segundo o autor, a reinserção social apresenta marcos estruturais e políticos que não envolvem só o usuário, a família e a comunidade, mas também uma região, uma cidade e um país. Além disso, propõe que seja superada a ideia da cura e se atribuam novos sentidos à reabilitação psicossocial, que se diferencia de uma técnica aplicada, uma vez que é uma abordagem implicada, que, ao construir o cuidado juntamente com o sujeito em sofrimento psíquico e com sua realidade, permite saber se há mais ou menos possibilidades de troca afetiva, material e social em seu território.

De acordo com Pitta (2016), no Brasil, a reabilitação psicossocial ainda não é bem compreendida na medida em que esse conceito pode ser utilizado para classificar quem está ou não habilitado para algo e, ao associar isso à dimensão da atenção psicossocial, pode produzir ambiguidades. Para a autora, a reabilitação psicossocial é estratégica, mas precisa ser feita de

maneira singular, junto com o sujeito e com o compromisso ético-político do profissional, buscando uma forma complexa e delicada de cuidar em meio aos processos vulneráveis e aos modos de sociabilidades habituais.

Dialogando com o conceito de reabilitação psicossocial, Venturini (2010) propõe o termo “habilitar”, por entender que o termo reabilitação traz a ideia de um estado anterior, um conceito abstrato que pode revelar a busca por uma cura ou insistir na normalização. O autor entende que o passado não deve pesar de maneira negativa sobre o presente, “favorecendo outra ideia segundo a qual há um novo começo de um novo processo em relação ao qual ninguém se encontra em condição de clara desvantagem” (p. 477).

Ele apresenta questões importantes nesse campo, como a necessidade de buscar saídas para a ambiguidade entre as relações de tutela e proteção e o risco de aniquilar a autonomia do sujeito e de vencer o olhar da Psiquiatria que petrifica e converte os sujeitos em objetos. Além disso, aponta o desafio de recuperar a função de intersectorialidade como socialização ativa, e não como uma mera administração passiva, boicotada pelo individualismo e pela competitividade incutidos nas instituições de saúde. Como possíveis respostas para essas questões, ele propõe que os profissionais dessas instituições deem atenção à relação estabelecida com a comunidade onde os sujeitos vivem, articulem e invistam nas potencialidades do território que eles habitam e onde realizam trocas afetivas.

Em outro texto, Venturini (2022) sugere que é preciso superar a busca pela cura da loucura da seguinte maneira:

A cura, fundada nos parâmetros de uma ciência autêntica, necessita de uma *cultura profissional* baseada no pensamento crítico, na confiança criadora, na vontade de “ultrapassar o limite”. Significa fornecer a todos os cidadãos os instrumentos para enfrentarem sua diversidade, desenvolver conhecimentos e competência, para apoiar concretamente as pessoas, em situações mais ou menos transitórias de crise psíquica, na reintegração social e incentivar o protagonismo delas e dos familiares. Essa *cultura* se constrói para além do âmbito da especialidade médica e psicológica e cresce no pensamento coletivo de uma comunidade (p. 32, grifos do autor).

Esse entendimento, que ultrapassa os modelos tradicionais e biomédicos de saúde, é

fundamental e permite ter outra concepção sobre o processo de cuidado em saúde mental. Nessa direção, escapando do conceito de norma dos modelos tradicionais de saúde, de acordo com Canguilhem (2011), privilegia-se a experiência pessoal de quem vivencia o sofrimento psíquico. Parte-se do pressuposto de que o sujeito, ao viver a experiência, pode compreender de outra forma o que é concebido como patológico e o que é estabelecido no processo de saúde e construção do cuidado. Quando o sujeito ocupa o foco da atenção no processo de saúde e de doença, deve-se privilegiar a experiência pessoal, pois ele também constrói normas para si mesmo, de modo diverso à noção de normatividade dos modelos tradicionais e biomédicos de saúde, que tentam guiar comportamentos para determinados objetivos.

Buscando partir da experiência do próprio sujeito em sofrimento psíquico, o estudo de T.C. Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013) insere na discussão o conceito de empoderamento, que envolve tomadas de decisões independentes, estabelecer conexões com outros sujeitos na sociedade, deslocar-se de forma autônoma pela cidade e receber suporte mútuo, fortalecendo, assim, tanto as capacidades individuais quanto as coletivas. Os autores também discutem a autonomia como um grau que pode ser aumentado à medida que a rede de dependência é ampliada, o que dialoga com o conceito historicamente trazido pela RPB nos estudos de Kinoshita (2016).

Deste modo, a definição de autonomia precisa considerar a singularidade, o contexto, o lugar, as exigências e necessidades que são demandadas do sujeito de modo que ele possa governar a si mesmo. É preciso considerar ainda o apoio necessário para sustentar determinadas formas de “governo de si”, naquilo que seja necessário construir socialmente, e, assim, fortalecer o protagonismo. (T.C. Alves et al., 2013; Kinoshita, 2016; Penido & Romagnoli, 2018; A. Silva et al., 2021).

Levando em consideração as contribuições dos autores citados, é possível afirmar que a autonomia não é algo estático, mas sim construído socialmente. Embora os sujeitos possuam diferentes graus de autonomia, essa condição pode ser ampliada por meio do acesso ao apoio social e às políticas públicas. É importante considerar que o processo de governar a si mesmo não se resume apenas a um compromisso individual, mas também envolve responsabilidades sociais e coletivas. Portanto, a participação individual e coletiva se torna fundamental na construção social da autonomia.

Como afirmam Amarante e Nunes (2018) e Theodoro e Moreira (2017) a construção social da autonomia do sujeito em sofrimento psíquico é central na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), porque apostar em práticas que favoreçam a autonomia põe foco na atenção ao sujeito e sua singularidade, em

detrimento da centralidade na doença.

Ressalta-se, assim, que promover a autonomia não é pensar formas do sujeito reger a si mesmo de maneira privada, ou ainda em formas instituídas que motivem um modelo de empreendedorismo de si mesmo. De outra maneira, a concepção de autonomia pretendida nesta pesquisa evita o seu uso instrumental e busca algo mais amplo, como já referido.

Visando a obter um panorama sobre o estado da arte do tema em questão, foi realizada uma revisão de literatura de artigos publicados entre os anos de 2012 e 2023, considerando que a portaria da RAPS já está em vigor há aproximadamente onze anos e os CAPS foram implementados há quase duas décadas. Foram utilizados os descritores ‘transtorno mental’, ‘autonomia pessoal’ e ‘projeto terapêutico singular’, a fim de compreender como os sujeitos em sofrimento psíquico, usuários do serviço de saúde mental, constroem seus discursos sobre o exercício da autonomia.

Na busca realizada, excluíram-se teses, dissertações, artigos de revisão sistemática, descritiva e/ou de literatura, estudos repetidos e que não tivessem como ênfase a autonomia e o PTS. Foram considerados estudos empíricos que tivessem a participação dos usuários dos serviços substitutivos da RAPS.

A princípio, foram encontrados 106 artigos virtuais, que passaram por uma análise descritiva e qualitativa; foram incluídos trabalhos realizados nos serviços da RAPS, principalmente os de cunho comunitário e territorial em cidades de pequeno, médio e grande portes e os que versavam sobre usuários adultos em sofrimento psíquico que utilizavam o serviço de saúde mental. Depois dessa análise, foram realizadas leituras dos artigos na íntegra e descartados 47 estudos que não se adequaram aos critérios, isto é, que não versavam sobre a temática da autonomia e nem sobre o PTS. Desse modo, a revisão contemplou 59 artigos virtuais, em português, nas seguintes bases de dados: *The Scientific Electronic Library Online* – SciELO (34), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia – PePSIC (14), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS (2) e Literatura Não Convencional ou Cinzenta (9) – sete, respectivamente, em 2012, 2013 e 2014; dois, em 2015; cinco, em 2016; dez, em 2017; quatro, em 2018; seis, em 2019; quatro, em 2020; seis, em 2021; um, em 2022; e nenhum, em 2023.

Depois de proceder à leitura e à análise dos artigos selecionados, notou-se que os serviços de saúde mental se esforçam para colocar em prática ações de promoção da autonomia. Os textos têm em comum ou, pelo menos, de modo aproximado, o achado de que as ações de cuidado em saúde são isoladas nos serviços, portanto necessitam de composição e articulação com outros serviços no território e na comunidade (Barbosa, Cavalcanti, Alcântara, Jotaza, &

Ferreira, 2017; Costa & Noal, 2017; Passos & Aires, 2013; J.M.S. Nunes, Guimarães, & Sampaio, 2016; Salles & Barros, 2014; Sousa & Oliveira, 2021). Para Moreira e Onocko-Campos (2017), os CAPS são os únicos espaços de trocas sociais para os usuários dos serviços.

Foram encontrados também estudos sobre as estratégias de serviços de convivência e cultura e cooperativismo social. Esses estudos ressaltaram os desafios enfrentados na implementação dessa política pública, devido aos baixos investimentos nessas práticas de saúde e às dificuldades de se articular com os direitos sociais de trabalho e provisões de renda dos usuários dos serviços. Mostraram que a geração de renda é sobremaneira importante para os usuários com o fim de manter a vida e a liberdade (Emerich, Onocko-Campos, & Passos, 2014; Ferro, 2015; Ferro, Macedo, & Loureiro, 2015; Lussi & Morato, 2012; Silva & Ferigato, 2017; L.G. Silva, Cortegoso, & Lussi, 2014; Theodoro & Moreira, 2017).

Ficou evidente nas falas dos autores citados que as ações de atenção psicossocial em saúde mental precisam estar articuladas com outras políticas públicas. Nessa direção, Costa e Noal (2017) afirmam que as equipes dos serviços têm dificuldade de criar estratégias para além das próprias instituições, o que impacta na promoção da autonomia.

Em alguns estudos, a concepção de autonomia foi associada às relações, aos vínculos e às redes de apoio (Barbosa et al., 2017; Bessoni et al., 2019; Bezerra & Moreno, 2021; Bezerra, Jorge, Gondim, Lima, & Vasconcelos, 2014; Bosi, Carvalho, Ximenes, Melo, & Godoy, 2012; Costa & Noal, 2017; Favero et al., 2019; Ferro, 2015; Ferro, Cardoso, Fedato, & Fracaro, 2012; Ferro, Lucindo, Vozniack, & Oliveira, 2014; Guedes et al., 2020; Leão & Barros, 2012; Mendes et al., 2019; Milhomens & Martin, 2017; Moreira & Onocko-Campos, 2017; Nascimento & Leão, 2019; Palombini et al., 2013; Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa, & Vasconcelos, 2013; Roveda, Barreto, & Pereira, 2021; Senna & Azambuja, 2019; Serpa et al., 2014; Silva & Vicentin, 2017; I.F. Silva, Ramos, Assad, Pedrão, & Miasso, 2018; Sousa & Oliveira, 2021; Tavares et al., 2021; Theodoro & Moreira, 2017; Pinto et al., 2012). Em outros estudos, a autonomia é enfatizada como a capacidade de responder por si, de ter independência, de exercer a cidadania e de acessar políticas públicas, trabalho e provisão de renda (P.F. Alves et al., 2018; T.C. Alves et al., 2013; Onocko-Campos et al., 2013; Cavalcante & Cabral, 2017; Ferro et al., 2015; Freitas, Reckziegel, & Barcellos, 2016; Gonçalves & Onocko-Campos, 2017; Logatti, Carvalho, Cândido, & Gallian, 2019; Lussi & Morato, 2012; Marques, Lacerda, Alves, Silveira, & Sampaio, 2022; J.M.S. Nunes et al., 2016; Oliveira, Andrade, & Goya, 2012; Palombini et al., 2020; Passos, Renault, Mello, & Guerini, 2020; Passos & Aires, 2013; Prado et al., 2020; Quinderé, Jorge, & Franco, 2014; Rocha, Prates, Souza, & Gusmão, 2021; Rodrigues et al., 2016; Salles & Barros, 2013a; Salles & Barros, 2013b; Salles & Barros, 2014; Silva & Ferigato,

2017; L.G. Silva et al., 2014; S.N. Silva, Lima, & Ruas, 2018; Tizatto & Schwede, 2016). Já outros trabalhos se referem a uma concepção de autonomia processual, de um vir a ser contínuo (Bezerra, Moraes, Paula, Silva, & Jorge, 2016; Diniz, 2017; Emerich et al., 2014; Jorge, Onocko-Campos, Pinto, & Vasconcelos, 2012; Portugal, Mezza, & Nunes, 2018; A. Silva et al., 2021).

Outro ponto encontrado na revisão, considerado importante para a autonomia e a participação dos usuários dos serviços de saúde mental, diz respeito ao PTS. Estudos destacaram a importância dessa ferramenta para a construção de vínculo e da autonomia, articulada com a comunidade e o território (Diniz, 2017; Leão & Barros, 2012; Tavares et al., 2021). Além disso, passar de um regime tutelar para outros modos de cuidar e outras práticas de liberdade instala um processo com muitos atravessamentos, como pontuaram Barbosa et al. (2017). Mesmo que os usuários estejam inseridos nos serviços substitutivos, ainda estão sujeitos a condutas e posicionamentos que remetem à cultura manicomial.

Seguindo essa problematização, os autores Moreira e Onocko-Campos (2017) asseveram que os CAPS oferecem um lugar de proteção, segurança e espaço de convivência, ao mesmo tempo em que podem limitar a inserção dos sujeitos em outros espaços, em outras formas de conviver e de viver em sociedade. Os referidos autores enfatizaram a necessidade de se desvencilhar de procedimentos isolados, de modelos de tratamento que visam à cura e à remissão de sintomas, das formas de controle e de manutenção da ordem, que geram empobrecimento e mantêm os sujeitos afastados da realidade concreta dos territórios de existência.

Em consonância com os resultados dos estudos desta revisão e com a proposta de estudo lançada nesta pesquisa, Medeiros e Moreira (2021) chamam a atenção para a importância de singularizar o cuidado em saúde, a fim de agenciar processos libertadores e potentes, pois, devido às dificuldades enfrentadas na relação entre os usuários, o trabalhador e o serviço, esse cuidado tem ficado “longe das necessidades reais dos usuários” (p. 07).

Para os referidos autores, os sentidos do cuidado em saúde mental revelam-se desafiadores para os profissionais e os serviços, principalmente quando necessitam olhar para as demandas reais dos usuários e construir com eles outras saídas institucionais que envolvam a relação comunitária e territorial, ou seja, recorrer a outras formas que possibilitem o enfrentamento das contradições encontradas no caminho, sem tentar negá-las ou afastá-las (Medeiros & Moreira, 2021).

Em relação aos estudos que analisaram os relatos dos usuários, os autores Ferro (2015), Ferro et al. (2014), Oliveira et al. (2012), Rocha et al. (2021) e Serpa et al. (2014), A. Silva et

al. (2021) e Silva e Vicentin (2017) apontaram a relação de tutela como um dificultador para a autonomia deles, pois os coloca na condição de incapazes de fazer algo. Os usuários afirmam que o estigma e o preconceito também causam impotência e dificuldade de se ter autonomia na convivência social (Emerich et al., 2014; Nascimento & Leão, 2019; Passos & Aires, 2013; Salles & Barros, 2013; Tizatto & Schwede, 2016).

Ferro et al. (2012) afirmam, no entanto, que o grupo de convivência social fortalece e amplia a rede social dos usuários e as possibilidades de trocas sociais. Nesse sentido, a participação em atividades promovidas pelos serviços foi mencionada pelos usuários como importante para promover a autonomia deles (Ferro, 2015; Jorge et al., 2012; Logatti et al., 2019; Nascimento & Leão, 2019; Tavares et al., 2021; Tizatto & Schwede, 2016).

Nos estudos de Favero et al. (2019), Gonçalves e Onocko-Campos (2017) e Palombini et al. (2020), o grupo Guia Autônomo de Medicação (GAM) foi apontado pelos usuários como uma experiência importante de autogestão do uso dos medicamentos e da ampliação da autonomia e do poder de negociação com os profissionais sobre esse uso. De forma análoga, outros estudos mostram relatos de usuários sobre os efeitos prejudiciais do uso de medicamentos, visto que fragilizam sua autonomia (Bezerra et al., 2016; Favero et al., 2019; I.F. Silva et al., 2018).

Outro aspecto relatado pelos usuários, em alguns dos estudos realizados, foi a importância do acesso ao trabalho para conseguirem autonomia e o que é importante para eles (Lussi & Morato, 2012; Rodrigues, et al., 2016; Salles & Barros, 2013b; Salles & Barros, 2014; Silva & Ferigato, 2017; Theodoro & Moreira, 2017). No entanto, eles disseram que têm dificuldades de acessar o trabalho formal devido à alta exigência e ao pouco acolhimento quando apresentam sofrimento psíquico (Ferro et al., 2015; Milhomens & Martin, 2017; Silva & Ferigato, 2017).

Por outro lado, os usuários disseram que os grupos de cooperativismo social e economia solidária são meios para obterem renda e protagonismo, pois contam com a flexibilidade de regras que o trabalho formal não possibilita, considerando que não há alta exigência e há acolhida da singularidade de cada um (Bezerra & Moreno, 2021; Ferro et al., 2015; Lussi & Morato, 2012; Nascimento & Leão, 2019; Silva & Ferigato, 2017; L.G. Silva et al., 2014). Em suas falas, os usuários, conforme o estudo de Bessoni et al. (2019), têm uma ideia de que o “dinheiro faz poder” e possibilita o acesso, a circulação e a negociação nas relações sociais. Outros estudos apontaram também o dinheiro e a renda como forma de acesso ao transporte, à cultura, à moradia e aos serviços de que necessitam (Ferro, 2015; Quinderé et al., 2013; Rocha et al., 2021; Salles & Barros, 2014; Tizatto & Schwede, 2016).

Dentre os dados obtidos durante a revisão da literatura, destaca-se apenas um trabalho realizado no estado da Paraíba – o estudo de A. Silva et al. (2021) – que se aproximou de nossa proposta, ao estudar os diferentes níveis de autonomia dos sujeitos moradores de uma RT que faziam parte do Programa de Volta para a Casa e concluíram que há muitas formas e graus de autonomia entre os beneficiários acompanhados. Pode-se dizer, portanto, que há uma tímida produção de estudos sobre a autonomia e PTS de sujeitos em sofrimento psíquico atendidos em serviços da RAPS no estado da Paraíba.

2.2 Práticas discursivas e produção de sentidos

Na pesquisa proposta, serão utilizadas referências pós-estruturalistas, especificamente as de base construcionista, como fundamentação para produzir informações e analisar as práticas discursivas. Ao fazer uma importante revisão, Mélló et al. (2007) enfatizaram que o construcionismo é um movimento e se caracteriza como uma postura crítica diante do mundo, o que converge para que não seja aceito como uma teoria, porque não se trata de representação ou princípios pré-estabelecidos de uma verdade.

Os autores citados referem que o papel da linguagem é importante para a construção das realidades porque elas são múltiplas. Para eles, a partir do construcionismo, os fenômenos devem ser analisados de modo processual, porque, ao entender que a realidade é socialmente construída, uma versão ou interpretação colocada em um momento histórico poderá não servir para posicionamentos futuros (Mélló et al., 2007).

O movimento construcionista, de acordo com Gergen (2006), enfatiza a natureza social e relacional da construção da realidade. O movimento construcionista se originou no final do século XX e teve influência em várias disciplinas, como psicologia, sociologia e antropologia. Segundo o autor, para o construcionismo, o conhecimento é produzido a partir do “intercâmbio social”, o que exige a desconstrução ou, como bem colocam Spink e Frezza (2013), a desfamiliarização de versões construídas sócio-historicamente. Gergen (2006) enfatiza que não se trata de captar a verdade, mas de encontrar as formas como os sujeitos explicam como dão conta do mundo e da realidade, incluindo a si mesmos nesse processo de construção social. O referido autor argumenta que a realidade não é um dado absoluto e objetivo, mas é construída através das interações sociais e discursos coletivos. Ele argumenta ainda que os seres humanos constroem ativamente a realidade por meio de processos dialógicos e narrativos. Nessa perspectiva, a linguagem desempenha um papel central na criação e na negociação dos significados e das identidades (Gergen, 2006).

Em suma, a perspectiva histórica do movimento construcionista, de acordo com o referido autor, reconhece a natureza social, relacional e discursiva da construção da realidade. Ele desafia as noções de objetividade e verdade absoluta, destacando a importância da linguagem, das interações sociais e dos contextos na criação dos significados e das identidades.

Isso ocorre porque não há uma verdade absoluta, nem o império do relativismo, mas, sim, versões construídas e instituídas por convenções, conforme problematizou Ibáñez (2001). O autor faz uma crítica aos extremos, oferecendo como “munição” para escapar deles a busca por espaços de dissidência, de modo que haja espaço para as diferenças e as diferentes versões da realidade. Para o autor, uma das contribuições importantes do movimento construcionista é a ênfase na crítica das estruturas de poder e dominação presentes nas práticas sociais e discursos dominantes. Os construcionistas buscam desestabilizar narrativas hegemônicas e amplificar as diferentes perspectivas e experiências marginalizadas (Ibáñez, 2001).

De forma complementar, Spink e Frezza (2013) apontam que é relevante remeter essas versões de verdades e realidades à esfera da ética, visto que não é possível relativizar e compactuar com posicionamentos extremos que desconsideram a diferença, pois as autoras pontuam “sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos” (Spink & Frezza, 2013, p. 13).

Entende-se, ainda, com base nas autoras citadas, que, quando se compreendem o pensamento e o conhecimento como fenômenos intrinsecamente sociais, é possível superar as três premissas que barram a adesão plena ao construcionismo: o internalismo, que reduz a explicação aos processos das funções cerebrais e aos processos cognitivos; o essencialismo, que toma a cognição como um objeto natural; e o universalismo, que tenta explicar as ações dos sujeitos a partir de determinados modelos convencionais (Spink & Freeza, 2013).

Cabe destacar que alguns autores ressaltam que o movimento construcionista está em constante transformação (Galindo & Souza, 2017; Íñiguez, 2005; Rasesa, 2020). Nesse sentido, Íñiguez (2005) indica que existe um “pós-construcionismo”, que se ocupa de questões sobre “materialidade, poder e performatividade”. O referido autor destaca a importância de não assumir apenas uma posição complacente em relação à contextualização histórico-cultural da produção do conhecimento, mas também criticá-la para sustentar permanentemente uma perspectiva crítica nas Ciências Sociais e na Psicologia Social. Além disso, menciona que, nos últimos anos, novas ideias, propostas e práticas têm exercido uma enorme influência sobre novas formas de pensar. Ele aponta que a Teoria Ator-Rede (TAR), a epistemologia feminista e a noção de performatividade podem ser aproveitadas no empreendimento de manter uma Psicologia Social crítica.

Para Íñiguez (2005), a TAR revela as implicações do dualismo natural-social e permite equilibrar, reposicionar e criar uma nova hibridação conceitual. Já a epistemologia feminista, segundo o autor, questiona a neutralidade e a objetividade da ciência, destacando a importância de considerar as singularidades do conhecimento e do seu próprio objeto. No que concerne à noção de performance, trazida pelo referido autor a partir das contribuições de Judith Butler, é uma alternativa à noção de construção social; como tal, ela nega tanto o caráter natural da identidade como o seu caráter fixo e estável, e enfatiza a importância da materialidade e da reiteração de normas na construção discursiva da identidade, ressaltando, ao mesmo tempo, que esta está sujeita a constantes “transformações” e “redefinições”. Essas contribuições representam avanços significativos no campo do construcionismo, oferecendo novas perspectivas e abrindo um novo campo de interesse, que é o da subjetivação e das práticas de subjetivação, além de oferecer novos elementos em uma agenda política radical (Íñiguez, 2005).

Como acrescentam Galindo e Souza (2017), o uso do termo “(pós)construcionismo social” não representa necessariamente um rompimento com as pesquisas construcionistas, pois estas nunca buscaram uma “fixidez dogmática”.

É preciso, como afirmam Spink e Freeza (2013), questionar a construção sócio-histórica sobre a relação entre o sujeito e o objeto e suas noções naturalizadas, o que implica problematizar a noção de realidade, já que ela não existe independente da forma como é acessada. Ou seja, os objetos são apreendidos à medida que vão sendo apresentados, por meio de categorias, convenções, práticas e linguagens já conhecidas no processo de construção social.

Seguindo ainda com as autoras mencionadas, as práticas discursivas favorecem o entendimento sobre a produção de sentido no cotidiano e são constituídas por ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, entre outras produções sociais das quais são expressão.

Spink e Medrado (2013), ao analisarem a linguagem em uso como prática social, distinguem os conceitos de discurso e de práticas discursivas. Para esses autores, o discurso tem uma regularidade linguística, um processo de institucionalização em seu uso em relações micro (pequenos grupos sociais) e macro (sistemas políticos e disciplinares). Eles também afirmam que há uma tendência a permanecer no tempo quando os discursos são institucionalizados, mas frisam que o contexto histórico pode alterar radicalmente os discursos, fazendo-os competir entre si, criando versões distintas sobre um fenômeno social. Já as práticas discursivas são voltadas para a linguagem em uso, conforme sintetizam abaixo:

Coerentes com a perspectiva psicossocial, propomos, aqui, que a produção de sentido

não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (Spink & Medrado, 2013, pp. 22-23).

Entende-se a partir de Aragaki, Piane e Spink (2014) que os repertórios “são unidades relacionais que se conectam aos enunciados e aos gêneros do discurso” (p. 244). Conforme Bakhtin (2011), as palavras e as orações, sem considerar o contexto e a relação entre os sujeitos, têm uma concepção neutra. Para o autor, o enunciado compõe um todo, no qual o uso da linguagem constrói sentido em uma relação e contexto específicos; é também construído de forma direcionada para e com o destinatário, variando de acordo com o contexto e o interlocutor e gera diversas posições no discurso. Portanto, o enunciado é um elo entre diferentes enunciados ou gêneros do discurso (Bakhtin, 2011).

De acordo com Spink e Medrado (2013), o enunciado é o ponto de partida para a compreensão da dialogia. Partindo da noção trazida por Bakhtin, os enunciados são composições de palavras e frases que se conectam em situações específicas e que adquirem um caráter social quando são associados à noção de vozes. Assim, as vozes “[...] antecedem os enunciados, fazendo-se neles presentes no momento de sua produção, tendo em vista que o próprio falante é sempre um respondente em maior ou menor grau” (Spink & Medrado, 2013, p. 26).

Spink (2000) propõe que a interanimação dialógica refere-se ao diálogo e à interação entre pesquisador e participantes da pesquisa, e ela destaca a importância de considerar as diferentes perspectivas e vozes presentes na pesquisa, valorizando o diálogo e a coconstrução de significados. A interanimação dialógica implica, assim, uma postura ética que reconhece a subjetividade dos participantes, promovendo a escuta ativa e o respeito às suas experiências e conhecimentos. É um convite para que o pesquisador abra espaço para o diálogo, evitando posturas autoritárias e impositivas. Nesse sentido, a pesquisa se torna uma atividade mais colaborativa e inclusiva, na qual diferentes pontos de vista são levados em consideração e a

produção do conhecimento é enriquecida pela diversidade de vozes.

Para entender melhor sobre os repertórios e suas formas de uso, Aragaki et al. (2014) escrevem o seguinte:

Dessa forma, podemos acessar os usos que são feitos desses repertórios e como os argumentos vão sendo construídos, assim como a maneira como esses repertórios colaboram na coprodução de práticas nos diferentes saberes e fazeres, científicos ou não. Esse processo pode ocorrer com a pesquisa centrada no estudo do jogo de posicionamentos entre os atores e as atrizes que fazem parte do campo em questão, das relações de poder, da história de determinado tema ou conceito, assim como dos diferentes sentidos presentes e que colaboram em nortear a construção de uma ou distintas versões de realidade (p. 245).

A partir dos estudos dos autores citados, de Mélo et al. (2007) e de Spink e Medrado (2013), é possível compreender que os enunciados podem assumir ora uma posição hegemônica, ora expressar múltiplas perspectivas e contextos específicos. Dessa forma, identificar os sentidos construídos na trama de poder das práticas discursivas se torna um desafio relevante e necessário.

Spink e Freeza (2013) e Spink e Medrado (2013) afirmam que a ação pressupõe interação e relação, das quais é produzido um sentido que não é estático, pois envolve permanências e rupturas. Essa perspectiva busca questionar e entender o contexto discursivo sem perder de vista a interação. Essa explicação é aprofundada pelos autores a partir da noção de repertórios interpretativos na relação com o tempo. Eles demarcam a necessidade da interface em três tempos históricos, explicitando-os da seguinte forma: “o tempo longo, que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o tempo vivido, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização; e o tempo curto, marcado pelos processos dialógicos” (Spink & Medrado, 2013, p. 31). A interrelação dos três tempos históricos ajuda a apreender as práticas discursivas e os diferentes repertórios construídos.

Silva e Gomide (2013) defendem ainda que o discurso do sujeito é “atravessado por múltiplas vozes, mas nem por isso é desprovido de traços de sua individualidade; sua identidade é multifacetada e heterogênea, e, por isso, um processo em contínua (trans)formação” (p. 235).

Para Spink e Medrado (2013),

a força constitutiva das práticas discursivas está em poder prover posições de pessoa: uma posição incorpora repertórios interpretativos, assim como uma localização num jogo de relações inevitavelmente permeado por relações de poder. As práticas discursivas, portanto, implicam necessariamente o uso de repertórios e posicionamentos identitários (p. 37).

Com base no pensamento de Hall (2002), entende-se que não é possível falar em uma identidade estanque, já que as posições do sujeito se deslocam. O autor destaca que o sujeito se posiciona, é posicionado e, ao se posicionar, também posiciona o outro no mundo. O referido autor abre caminhos importantes para o campo da pesquisa, no que tange às posições do sujeito no estudo da linguagem.

Para Davies e Harré (1999), as posições constituem-se por meio da forma discursiva e interativa e, em acordo com Hall (2002), estão abertas às mudanças e mudam conforme os discursos ou posicionamentos em interação, portanto, não são fixas. A prática discursiva tem uma força constitutiva por meio de sua forma de prover posições para o sujeito, pois, numa situação, quando se assume um repertório como seu, o mundo será visto a partir dessa posição. Essa postura emerge dos processos de interação. O conceito de posicionamento contribui para que nossa atenção seja direcionada ao conjunto de posições colocadas em movimento, sejam intencionais ou não (Davies & Harré, 1999).

De acordo com os referidos autores, um posicionamento identitário é uma forma de posicionamento social que um sujeito adota em uma determinada situação, com base em suas crenças, valores e experiências pessoais. Esses posicionamentos são moldados pela interação com outros sujeitos e são fundamentais para a construção da identidade individual. Eles destacam a importância do discurso e da linguagem na formação desses posicionamentos, uma vez que os sujeitos usam palavras, histórias e narrativas para se posicionar e serem posicionados pelos outros. Os autores também destacam que os posicionamentos identitários não são apenas uma questão de identificar características pessoais, mas também estão relacionados à atribuição de papéis sociais e expectativas culturais. Para Davies e Harré (1999), os sujeitos são posicionados em termos de categorias sociais, como gênero, raça, classe social, orientação sexual, entre outras, e essas categorias influenciam a forma como os sujeitos se percebem e são

percebidos pelos outros.

Os posicionamentos identitários, conforme descritos por esses autores, referem-se às posições que os sujeitos ocupam e aquelas que lhes são endereçadas em diferentes contextos sociais, em oposição à concepção estática de papéis e identidades. Ao compreender a natureza e a dinâmica dos posicionamentos identitários, podemos obter uma visão mais profunda sobre como as múltiplas ou contraditórias posições são constituídas, negociadas e recusadas na sociedade (Davies & Harré, 1999).

Entende-se, pela leitura dos referidos autores, que as diferentes versões e os repertórios interagem e constituem as práticas discursivas por meio dos posicionamentos. E não há linearidade por parte de cada sujeito que se posiciona, visto que se considera que os posicionamentos podem mudar e ser contraditórios, a depender de como o sujeito se posiciona e é posicionado, considerando o contexto (Davies & Harré, 1999; Hall, 2002).

O posicionamento é um processo discursivo, “no qual os *selves* são situados nas conversações como participantes observáveis e subjetivamente coerentes em termos das linhas de história conjuntamente produzidas. Ou seja, o *self* sempre se situa numa linha de história que é produzida em determinados contextos” (Spink, 2010, pp. 36-37, grifos da autora).

3 CAPÍTULO 2. CAMINHO METODOLÓGICO

Este é um estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Com o intuito de fornecer visibilidade ao caminho percorrido, seguindo o referencial teórico apresentado anteriormente, serão apresentados o local da pesquisa, o itinerário necessário para produção das informações, as características dos participantes, o uso dos dispositivos diário de campo e oficina de fotografia, as estratégias de análise das oficinas e os aspectos éticos considerados. Vale ressaltar que a entrevista seria uma das ferramentas utilizadas, mas devido aos prazos estabelecidos para a conclusão do trabalho, optou-se por não realizá-la. Entretanto, algumas perguntas do Roteiro de Entrevistas Semiestruturadas (Apêndice A), proposto no projeto de pesquisa, foram utilizadas para fomentar a discussão durante a realização das oficinas.

3.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III REVIVER, situado na Rua Cônego Pequeno, nº 257, no Bairro da Bela Vista, na cidade de Campina Grande/PB. Essa escolha se justifica porque o CAPS III é um dos serviços substitutivos comunitários, de base territorial e uma das referências para os sujeitos em sofrimento psíquico. Justifica-se, ainda, por ser uma modalidade de CAPS que funciona 24 horas e por ofertar leitos de retaguarda para situações de atenção à crise (Brasil, 2002).

3.2 Itinerário para produção de informações

Realizamos contato com a Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande/PB, solicitando autorização institucional para a realização da pesquisa, a qual foi concedida. Então, contatamos a equipe do CAPS III para também obter a autorização. Uma das coordenadoras fez o convite para participarmos de uma reunião da equipe no dia 20 de abril de 2023 e apresentar a proposta.

Na data mencionada, estavam presentes as duas coordenadoras do referido serviço, além de outros profissionais da equipe. Uma das coordenadoras passou a palavra para o pesquisador e disse ainda ter gostado da proposta da pesquisa. O tema e os objetivos foram expostos, bem como a proposta do dispositivo oficina como um meio de construção de vínculo, trocas e, principalmente, de viabilização da produção de informações para a pesquisa. Destacou-se,

ainda, a importância da parceria com a equipe, que possui vínculo e referência com os usuários, e como isso seria um grande apoio para a construção do nosso estudo. Logo em seguida, a coordenadora solicitou que a equipe se apresentasse. Os profissionais demonstraram interesse na proposta e se colocaram à disposição para contribuir com a pesquisa.

Participamos, no dia 02 de maio de 2023, como ouvintes do Grupo ‘Interação e Movimento’, que é conduzido por um educador físico, e de um Grupo Terapêutico, facilitado por uma psicóloga. A proposta da pesquisa e a das oficinas de fotografia foram apresentadas aos usuários que participavam dos referidos grupos. Seis usuários demonstraram interesse e foi combinado com eles um encontro para formalizar a participação por meio da assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A) e da Autorização para Gravação de Voz - TAGV (Anexo B); entretanto, somente cinco usuários compareceram ao encontro, que foi realizado no dia 09 de maio de 2023 com a presença de uma profissional do serviço. Os referidos documentos foram lidos juntamente com eles e as dúvidas foram sanadas. Um dos participantes sugeriu que as oficinas fossem realizadas no horário das 9 horas às terças-feiras, período que eles costumam ficar sem atividades. Os demais participantes concordaram. Na ocasião, a profissional se colocou à disposição para participar das oficinas, o que foi importante para a realização das mesmas. Vale ressaltar que todos os participantes verbalizaram estar com a vacina contra a COVID-19 em dia.

3.3 Participantes

Da primeira oficina participaram cinco usuários; na segunda, seis. Entretanto, o usuário que esteve presente no segundo encontro não compareceu nos demais. Deste modo, as oficinas contaram com a participação de cinco pessoas. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser usuário do CAPS III e estar em acompanhamento regular por esse serviço; ter a idade acima de 18 anos e o esquema vacinal contra a COVID-19 em dia. Aqueles que não cumpriram os critérios mencionados não puderam participar da pesquisa.

O grupo de participantes era composto por quatro mulheres e um homem com idades entre 33 e 68 anos, cujos níveis de escolaridade variavam de não alfabetizado a ensino médio completo. Dos participantes, quatro se identificaram como pardos e um como branco. Além disso, três participantes recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e dois recebiam o Bolsa Família. O tempo de acompanhamento pelo serviço variou entre seis meses e 15 anos, e a maioria (quatro) frequentam o serviço uma vez por semana. Um deles vai ao serviço duas vezes na semana. Em relação à participação nas atividades ofertadas pelo CAPS, um

participante frequenta três atividades, três frequentam duas atividades e um participante frequenta apenas uma atividade. A fim de preservar a identidade dos participantes, conforme preceitua a ética em pesquisa, foram utilizados os seguintes pseudônimos: “Elis, Leonardo, Marília, Roberta, Simoní e Sofia”; usa-se “PA” para identificar a profissional de apoio. Vale dizer que os nomes das pessoas citadas nos diálogos também foram trocados por pseudônimos.

3.4 Diário de campo

Todas as oficinas foram registradas em um diário de campo, que, de acordo com Medrado, Spink e Mélo (2014), caracteriza-se como uma informação produzida pelo pesquisador na relação com a pesquisa, razão pela qual é construído em segunda mão – a do pesquisador – que faz anotações no caderno, no aplicativo de texto, no celular ou computador, de trechos de falas e impressões.

Para esses autores, o diário de campo contribui com a pesquisa na medida em que complementa a produção de informações sem a obrigatoriedade de convertê-lo em material discursivo, diferentemente do que foi feito com os relatos produzidos nas oficinas. Os referidos autores sugerem que os diários podem ser “introduzidos como interlúdios entre capítulos ou utilizados como citações com o mesmo estatuto daquelas decorrentes de entrevistas ou autores de suporte” (Medrado et al., 2014, p. 287).

Na pesquisa aqui proposta, as anotações foram feitas em um arquivo do Word. No diário, foi registrado todo o percurso da pesquisa, incluindo as impressões, os afetos e as inquietações do pesquisador.

3.5 Dispositivo Oficina de Fotografia

A oficina de fotografia foi articulada como um dispositivo para a produção de informações na pesquisa. O termo dispositivo é caracterizado por Barembly (2002) pela forma como ele funciona, e o seu uso está à mercê da produção e do “desejo de vida”, ou seja, ele é um fluxo que se agencia com a diferença, com a resistência e com a transformação, o que gera um acontecimento singular. Para o autor, o dispositivo funciona e se forma ao mesmo tempo em que está em funcionamento e possibilita a construção de vínculo entre os participantes da pesquisa e o pesquisador.

Galletti (2004, p. 92) assevera que o dispositivo pode nascer no contexto “como dobra estratégica da própria experiência”, em contraposição às técnicas de cunho manicomial

pautadas na regulação e na inibição de existências. A referida autora propõe o termo ‘dobra’ como uma ferramenta para criar espaços nas oficinas em que os sujeitos possam se expressar e produzir suas próprias histórias, em contraponto à organização regular e institucional do espaço. Isso pode ajudar a criar um ambiente que favoreça o compartilhamento das experiências dos sujeitos.

A autora citada e Oliveira e Peres (2021) enunciam que, além de reunir e de valorizar as pluralidades, é necessário respeitar as singularidades dos sujeitos envolvidas no processo, com vistas a estabelecer uma tarefa comum: nesse caso, a oficina de fotografia como um dispositivo da pesquisa.

Conforme Brigagão, Nascimento, Tavanti, Piani e Figueiredo (2014), as oficinas são espaços de grupos que podem ser manejados e abertos para compartilhar as experiências e as trocas e em que é possível se posicionar e negociar. De acordo com os autores, a oficina tem que ser construída de forma a dar valor às pluralidades que a vida pode oferecer, pois a dialogia é uma perspectiva que valoriza o diálogo como um processo essencial para a construção de conhecimento compartilhado e transformação social.

A oficina é, portanto, uma proposta de tarefa comum e um espaço de acolhimento e de trocas. O uso desse instrumento requer invenção, imaginação e criatividade, pois, como afirma Pelbart (2007), “a inventividade, a imaginação, a criatividade não são monopólios dos gênios, nem dos milionários, mas é patrimônio do homem comum” (p. 16). Portanto, nesta pesquisa, o processo de construção das oficinas foi dinâmico e as estratégias variadas, a fim de fomentar a participação.

Foram realizadas onze oficinas e, no decorrer destas, além de a reflexão girar em torno da questão da autonomia, foram dadas noções básicas e teóricas sobre fotografia obtidas pelo pesquisador através da sua participação em oficinas preparatórias – de roteiro, direção, produção, fotografia/câmera, som, direção de arte, edição, introdução à linguagem audiovisual, direitos autorais, comunicação colaborativa e mobilização – promovidas pelo projeto ‘Revelando os Brasis’, no período de 24 de junho a 05 de julho de 2008, no Rio de Janeiro (curso certificado pela Secretaria do Audiovisual do Ministério da Cultura e do Instituto Marlin Azul).

A proposta inicial era realizar oito oficinas, com periodicidade semanal, mas houve alguns imprevistos que demandaram um maior número de oficinas, pois um dos encontros contou apenas com a presença de uma participante. Surgiu ainda a proposta de uma exposição fotográfica, o que exigiu um tempo adicional. Por essas razões, ao longo do processo, e juntamente com os participantes, foi decidido que seriam realizados mais três encontros: um

para retomar o encontro que a maioria perdeu e mais dois para realizar o planejamento e a montagem de uma exposição fotográfica. Conforme contratuado com os participantes, a maioria dos encontros foi gravada (apenas o décimo e o décimo primeiro não o foram, pois giraram em torno da organização e realização da exposição fotográfica).

As oficinas tiveram duração mínima de uma hora e máxima de duas horas e contaram ainda com a participação de uma profissional de apoio, uma das psicólogas do serviço, que cedeu o espaço da sala de atendimento (individual e grupal) para a realização dos encontros. A sala contava com os seguintes recursos: uma mesa redonda, cadeiras e materiais dispostos em uma prateleira. Nas oficinas utilizou-se a câmera fotográfica da marca Fujifilm, além de outros materiais, a depender do roteiro planejado. Vale salientar que a câmera fotográfica foi utilizada somente nas oito primeiras oficinas, e as fotografias produzidas não foram inseridas nesta dissertação por motivos éticos. Decidimos não expor os participantes, uma vez que todos eles aparecem na maioria das fotografias.

Todas as oficinas foram planejadas com a orientadora em encontros semanais, o que facilitou analisar, avaliar e organizar os encontros. As informações que orientavam esse planejamento foram produzidas a partir do diário de campo e da transcrição dos relatos produzidos em cada oficina.

A seguir realizaremos uma síntese de cada oficina e apresentaremos o processo que culminou com a exposição fotográfica.

3.5.1 Primeiro Encontro – “O que é autonomia?”

O primeiro encontro aconteceu no dia 16 de maio de 2023 e teve duração de uma hora e vinte e seis minutos, com a presença de cinco participantes (quatro mulheres e um homem). A proposta foi de introduzirmos a questão sobre o que é autonomia e as noções teóricas e práticas de fotografia.

Inicialmente, realizou-se um exercício de respiração e abriu-se um diálogo para que todos pudessem falar sobre como estavam, como foi a semana e sobre as expectativas para a oficina. À medida que cada um falava sobre suas expectativas, formava-se um espaço de apoio e troca entre eles. Ficou evidente que eles enfrentavam dificuldades nas relações familiares, como questões de tutela por parte de membros da família, estigmas e preconceitos, dificuldades nas atividades domésticas e de trabalho, e a sensação de exclusão ao tentar acessar o trabalho formal. Eles também mencionaram as dificuldades e demandas relacionadas ao uso de medicamentos, reconhecendo a importância sobre o uso destes, mas também verbalizaram

limitações relacionadas aos efeitos dos medicamentos no cotidiano.

Foi solicitado que os participantes expusessem sua concepção sobre o que é autonomia e o pesquisador buscou incentivar a reflexão a partir dos relatos que eles trouxeram. O diálogo apontou não familiaridade com o termo, mas, ao mesmo tempo, os participantes buscaram entender do que se tratava. As respostas, de modo geral, giraram em torno de superação das dificuldades, de se ter ou não credibilidade social e de ser ou não reconhecido como capaz de fazer algo.

Inspirado na técnica do teatro-imagem, proposta por Boal (2015)², cada participante foi convidado a criar uma imagem sobre uma situação de autonomia no cotidiano, utilizando o próprio corpo. Leonardo criou uma imagem de si na praia, onde ele estava com sua família, tomando água de coco. Já Roberta criou uma imagem em que ela tocava violão e cantava a música “Ex my love”. Outras imagens foram criadas a partir de lembranças: Simoní criou uma imagem que remetia a uma festa de final de ano no CAPS II, serviço que a acompanhou por um período. Marília criou uma imagem de quando segurou sua filha nos braços e chorou pela perda da filha que faleceu.

Num segundo momento, as imagens foram refeitas pelos participantes para que cada uma fosse fotografada. Os participantes se revezaram para fotografar cada imagem, a fim de iniciar a familiarização com o manuseio da câmera fotográfica.

Ao final da oficina, foi proposto que cada participante trouxesse para o próximo encontro uma fotografia digital ou impressa do álbum pessoal ou de família que indicasse uma situação que expressasse autonomia.

3.5.2 Segundo Encontro – “Autonomia e diálogos a partir de imagens”

Essa segunda oficina ocorreu no dia 23 de maio de 2023, teve a duração de uma hora e vinte e seis minutos, com a presença de seis participantes (cinco mulheres e um homem). O objetivo foi dar continuidade à discussão sobre o que é autonomia.

Após realizarmos os exercícios de respiração, foi retomada a questão, feita no encontro anterior, sobre o que é autonomia. Roberta e Leonardo se referiram à capacidade de fazer caridade. Na sequência, Elis e Sofia compartilharam a experiência em relação às suas tentativas

² “O método do Teatro do Oprimido, principalmente o exercício do Teatro-Imagem, é baseado no reflexo múltiplo do olhar do outro. Várias pessoas olham uma imagem e expressam os sentimentos e representações que foram desencadeados por conta dela. Essa reflexão intensa pode revelar os significados escondidos da imagem à pessoa que a criou. Fica a cargo do protagonista, ou seja, aquele que criou a imagem, decidir o que quer levar para si desse processo” (Boal, 2015, p. 216).

de suicídio, uma por meio de medicamentos e a outra pela automutilação. Durante essas falas, os outros participantes pareceram tensos e houve dificuldade em lidar com a delicadeza do assunto e seguir o roteiro da oficina. Sofia mencionou que Elis teve a autonomia de tomar essa decisão e que tentar o suicídio é um ato de autonomia. A partir do relato delas, buscou-se refletir sobre a tomada de certas decisões, como decidir tomar o medicamento para um fim específico ou deixá-lo com um familiar para que ele o administre. A reflexão sobre as experiências de suicídio, uso de medicamentos e autonomia geraram interessantes reflexões no grupo. A questão da falta de credibilidade social foi ainda enfatizada pelos participantes.

Em seguida, foi perguntado quem havia trazido as fotografias pessoais solicitadas no encontro anterior, e três participantes apresentaram-nas: duas delas foram apresentadas na mídia móvel via celular; a outra era uma foto 3x4 (três por quatro) de um documento pessoal. Não foi possível explorar muito a partir das duas primeiras fotos trazidas por eles, porque estas enfatizavam relações afetivas. A participante que apresentou o documento com a foto 3x4 relatou ter tido a capacidade de ir sozinha fazer o referido documento.

Complementando a atividade anterior, apresentamos algumas imagens de domínio público escolhidas na internet. As imagens retratavam situações do cotidiano, como um homem tocando sanfona, uma mulher com duas crianças em uma rede, um homem cuidando de plantas, várias pessoas em um terminal de ônibus, duas pessoas caminhando pelas dunas de uma praia, uma mulher segurando um megafone, três pessoas em frente ao notebook, três pessoas olhando algo no aparelho móvel celular, uma mulher colocando café na garrafa e duas mulheres em uma barraca em uma feira de artesanatos. Cada participante visualizou as imagens. Foi perguntado se havia nelas algo que remetia à capacidade de fazer algo. Eles comentaram sobre as ações das pessoas nessas imagens e as relacionaram com o ser capaz de exercer alguma ação.

Como havíamos avançado no tempo e uma das participantes já havia cobrado o manuseio da câmera fotográfica, foi proposto um exercício em que cada participante escolheu um objeto disponível na sala para fotografar. Após esse exercício, a oficina foi finalizada.

3.5.3 Terceiro Encontro – “Autonomia e acesso aos lugares da cidade”

No dia 30 de maio de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e cinquenta e dois minutos, com a presença de cinco participantes (quatro mulheres e um homem). Nesse encontro a proposta foi dar continuidade às discussões sobre autonomia a partir dos relatos sobre quais locais/equipamentos os participantes acessam na cidade. Vale ressaltar que foram colocadas no decorrer da oficina as seguintes questões presentes no roteiro de entrevistas (Apêndice A): “O

que você gosta de fazer? Quais coisas você realiza sozinho e para quais você precisa que alguém o acompanhe?"; "O que gosta de fazer no final de semana e a que lugar você mais gosta de ir?". O objetivo foi que cada um pudesse falar sobre como se relaciona com a cidade onde vive, a fim de explorar que outras atividades eles realizam no cotidiano.

Realizamos os exercícios de respiração e, em seguida, foi colocada a seguinte questão: "como é o dia-a-dia de vocês e o que costumavam fazer?" Três participantes responderam que o dia-a-dia se dá no espaço doméstico. Elis falou sobre sua prática de ouvir música de louvor em seu quarto, enquanto Simoní e Roberta comentaram sobre sua rotina de limpeza e organização da casa. Simoní também mencionou sua prática de tirar "o dia de beleza", que para ela significa descansar, não fazer nada. Leonardo relatou sua prática de caminhar em uma praça próxima de sua casa, mas que às vezes tem dificuldade em sair sozinho. Marília mencionou que tem ido à academia acompanhada de sua filha, que a incentivou a realizar atividade física.

Questionou-se, na sequência, o que os participantes gostavam de fazer. Simoní mencionou gostar de passear, Elis de ir para a escola, Roberta de ir para a igreja, Leonardo de ir para a praia e Marília de dormir.

Perguntou-se ainda aos participantes sobre suas atividades diárias, incluindo o que fazem sozinhos e as atividades que precisam da ajuda de alguém. Simoní expressou incômodo com a ideia de depender de alguém, enquanto Leonardo relatou que deixa seu dinheiro com a irmã para que ela atenda a suas necessidades. Sobre os lugares que frequentam, os participantes apontaram principalmente o CAPS, seguido da igreja e da escola, além de mencionarem lugares do passado que já frequentaram, como por exemplo, o centro da cidade, onde há as lojas, as galerias e as praças. Nas atividades de final de semana, eles responderam que optam por ficar em casa, ir à igreja ou visitar familiares. Elis, Simoní e Marília possuem as chaves de suas casas, ao passo que Roberta relatou não possuir, porque seu companheiro fica esperando por ela, e Leonardo não respondeu. Em relação às pessoas em quem podem confiar, Elis disse que pode contar com sua mãe, ainda que haja conflitos; Leonardo também disse que conta com sua própria mãe e Marília e Roberta disseram que contam com seus respectivos companheiros.

Foi proposto ainda para cada participante desenhar um mapa dos lugares que costumam frequentar e que conhecem na cidade. Elis desenhou uma escola, o CAPS e um ônibus. Leonardo desenhou uma casa com um coqueiro, uma piscina, um teclado sugerindo um aparelho móvel de celular e um coração. Marília desenhou sua casa, uma rua que conduz ao CAPS e algumas casas representando as lojas do centro da cidade. Roberta desenhou um jardim florido, escadas e uma árvore de Natal no Açude Novo, o que a remeteu à lembrança do pai. Simoní desenhou uma mão, simbolizando a ajuda do CAPS e dos amigos. Eles ainda falaram

sobre lugares que frequentam ou frequentaram, do preconceito quando acessaram espaços públicos, de lugares que têm singular importância para cada um, a exemplo da casa deles, do CAPS e da escola.

Na sequência, foi realizada uma introdução teórico-prática sobre noções de enquadramento no manuseio do equipamento fotográfico e cada participante fotografou o seu mapa em dois tipos de enquadramentos.

3.5.4 Quarto Encontro – “Conversando sobre o PTS”

No dia 06 de junho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e vinte e um minutos, com a presença de quatro participantes (três mulheres e um homem). Nesse encontro pretendeu-se dar continuidade às discussões sobre a autonomia a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada participante. O objetivo foi de que cada um pudesse falar sobre o PTS. Foram utilizadas questões do roteiro das entrevistas (Apêndice A) referentes ao tempo que são acompanhados pelo serviço e sobre como foi esse acompanhamento; se eles têm um Técnico de Referência (TR); se lhes apresentaram o PTS; como foi a participação e a escolha das atividades nesse processo; e quais foram as ações do serviço que contribuíram para o PTS de cada um.

Concluídos os exercícios de respiração, eles foram convidados a pensar em um lugar do CAPS do qual eles gostam para que o fotografassem. Observou-se que todos estavam animados com a atividade e decidiu-se que sairiam da sala para realizar as fotografias. Os gravadores foram pausados, porque circulamos pelos espaços interno e externo do CAPS, onde estavam outros usuários do serviço. Roberta tirou fotos de algumas plantas que ficavam próximas à entrada do refeitório. Simoní escolheu uma árvore e uma jardineira para fotografar, seguida por Leonardo, que escolheu uma pintura com a imagem de Jesus, que estava afixada em uma parede da varanda do serviço. Por fim, Marília escolheu um vaso com uma planta e um pano de chita ao fundo, que estava na parede da entrada da recepção.

Após todos voltarem para a sala, propôs-se aos participantes que falassem sobre como foi fotografar o lugar escolhido. As respostas foram pouco relacionadas ao CAPS. Roberta fez uma relação da planta escolhida com lembranças de outras plantas floridas de outros lugares. Marília justificou sua escolha relatando que gostava muito daquela planta e não tinha mais dela em sua casa. Simoní disse que escolheu a árvore por seu amor pela natureza e pelo ar puro. Leonardo mencionou que a arte na parede remetia à sua experiência religiosa e à sua importância em sua vida.

Em relação ao acompanhamento feito pelo CAPS, as respostas indicaram que eles passaram por outras modalidades de CAPS e os participantes relembrou diferentes experiências relacionadas ao sofrimento psíquico. Leonardo contou que saiu de casa e foi dado como desaparecido até receber atenção da rede de saúde. Marília falou das dificuldades com a filha com “deficiência” (não especificou) e o apoio da equipe do CAPS. Simoní disse que encontrou o apoio de pessoas em um bairro do município de Campina Grande, como também da enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde. Já Roberta relatou que não via necessidade de ir ao CAPS, mas a irmã dela insistiu.

Sobre o Técnico de Referência (TR), apenas Leonardo e Roberta disseram não tê-lo. Todos responderam que não foram apresentados ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não sabiam do que se tratava. O pesquisador buscou acessar uma linguagem possível para o entendimento, como “projeto de cuidado ou de acompanhamento”. Desse modo, Simoní mencionou que trocou a Oficina de Pintura pela de Beleza, com interesse na pintura de unhas, enquanto Leonardo demonstrou interesse em aprender um instrumento musical e relatou já ter feito teatro e dança na igreja que frequentava. Ele ainda mencionou suas limitações para acessar algumas coisas importantes para ele, sugerindo a necessidade de apoio.

A discussão aguçou a curiosidade de alguns dos participantes sobre o assunto, como o caso de Leonardo, que procurou saber quem era o seu TR, e Simoní, que refletiu sobre o significado do termo PTS.

3.5.5 Quinto Encontro – “Construindo um PTS”

No dia 13 de junho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e dezessete minutos, com a presença de três participantes (duas mulheres e um homem). Nesse encontro foi proposto dar continuidade às discussões sobre os sentidos que constroem sobre autonomia e sobre o PTS. O objetivo foi explorar mais sobre o que eles conhecem do serviço, das estratégias de cuidado do CAPS e da participação deles nesse processo. Foram retomadas também questões do roteiro das entrevistas (Apêndice A) sobre como foi a escolha das atividades no CAPS e se participam de atividades externas.

Realizamos os exercícios de respiração e, na sequência, eles foram convidados a criar um roteiro sobre um personagem que não estava bem e que precisou dos cuidados do CAPS III. Eles encenaram a história que criaram utilizando alguns adereços levados pelo pesquisador: óculos, camisa social rosa claro e boina.

Leonardo criou o personagem José, que foi descrito como um senhor de 76 anos,

morador da zona rural e que foi levado ao CAPS III por um irmão. Elis encenou a enfermeira que fez o acolhimento dele e mencionou ter feito conforme fizeram com ela, perguntando como José se sentia e como era a relação dele com a mãe. O pesquisador buscou questionar se são feitas outras abordagens; ela respondeu que era só isso. Em seguida, foi iniciada a cena do personagem José com a personagem psicóloga encenada por Roberta, e esta formulou questões sobre a relação de José com a família e sobre o uso de medicamentos. Entre risos envergonhados, eles se esforçaram para a construção da cena proposta. Em alguns momentos buscou-se orientar a cena com algumas perguntas sobre como o projeto terapêutico seria desenvolvido no caso de José, considerando a experiência de cada participante. Uma observação interessante foi que, quando questionados sobre “como foi feito com vocês?”, eles retiraram os adereços usados e colocaram de volta na mesa, como se estivessem deixando de lado seus respectivos papéis.

Foi proposto aos participantes atuar na cena mais uma vez, ao que todos concordaram. Desta vez, porém, foram trocados os papéis. Eles colocaram novamente os adereços. Elis fez a usuária Kely, Roberta fez a enfermeira Margareth e Leonardo fez o psicólogo Francisco. Leonardo depois fez o personagem de um médico também chamado Francisco. Nesse segundo momento, percebeu-se que eles desenvolveram mais as questões do roteiro na cena, abordando desde o acolhimento até a construção do projeto terapêutico.

Nas cenas surgiram versões de como é abordado o uso de medicações e a preocupação acerca do uso feito pelo usuário – se estava sendo feito da maneira correta ou não. Observou-se que, em uma das cenas, a personagem de Roberta ameaçou realizar a contenção da personagem feita por Elis caso ela se recusasse a seguir o tratamento prescrito. Além disso, foram identificados conflitos familiares em que o suporte familiar pode se confundir com relações de tutela. As cenas apresentadas demonstraram que os usuários não escolhem as atividades de que desejam participar. Por exemplo, Elis relatou que a atividade designada para ela foi escolhida sem que ela pudesse opinar, mas que acabou se acostumando com a decisão.

A partir do questionamento sobre as atividades externas ao CAPS das quais eles participam, nota-se que não foi relatada uma atividade permanente, mas sim algumas atividades esporádicas no Parque da Criança ou no Parque do Povo.

Na sequência, eles foram convidados a fotografar os personagens construídos por eles. Os três participantes se revezaram para fotografar os personagens interpretados por cada um. Foram introduzidos pelo pesquisador ainda alguns conceitos de fotografia, resgatando os diferentes tipos de planos e de enquadramentos.

3.5.6 Sexto Encontro – “Como é que faz para sair da ‘ilha’?”

No dia 20 de junho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e cinquenta e um minutos, com a presença de três participantes (duas mulheres e um homem). Nesse encontro pretendeu-se continuar explorando os sentidos relacionados à autonomia e ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), a fim de conhecer de forma mais aprofundada a diversidade de perspectivas individuais e coletivas, por meio dos diálogos e posicionamentos dos participantes em relação a esses termos.

Foi perguntado qual exercício eles gostariam de fazer para iniciar a oficina e Simoní sugeriu a realização de alongamento; todos concordaram. Em seguida, no notebook, passou-se à exibição do curta-metragem “A Ilha” (2008)³. Os participantes demonstraram empolgação durante a exibição do filme, reagindo às cenas com risos, expressões de surpresa, piedade e empatia.

Na sequência, teve lugar um debate; nele, os participantes verbalizaram terem gostado do filme. Leonardo mencionou que arriscaria atravessar a rua, enquanto Marília e Simoní afirmaram que não fariam isso. Marília disse que procuraria por uma faixa de pedestre, enquanto Simoní mencionou sua dificuldade de se concentrar e a proximidade dos carros. Os participantes relataram algumas de suas experiências com o trânsito e falaram sobre o medo sentido pelo personagem Edu. Além disso, durante a discussão do filme, Leonardo e Simoní compartilharam suas experiências religiosas e como acreditam que um Deus poderia ajudá-los. Já Marília destacou o ato altruísta do personagem que optou por não se alimentar de um pássaro.

Houve um momento em que o debate passou a versar sobre diferenças entre as religiões Católica e Evangélica, mas logo foi retomada a reflexão sobre autonomia. No momento de pensar sobre o que ajuda os participantes a terem autonomia, Simoní citou a importância do CAPS e da igreja. Marília relatou que se sente motivada a fazer atividades domésticas devido ao incentivo do marido. Já Leonardo destacou a importância da oficina e expressou sua insatisfação com a falta de atividades de seu interesse. Os participantes também relataram que esperam que os profissionais do CAPS ofereçam novas atividades. Leonardo mencionou que as experiências vividas no CAPS o motivaram a realizar atividades semelhantes em sua casa.

³ A ILHA. BR. (2008). Animação, 8 minutos e 44 segundos; Diretor: Alê Camargo; Produção: Mario Lellis e Roger Burdino; Empresa Produtora: OZI Escola de Audiovisual de Brasília. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7C3Ug43Xzaw>. A animação é subdividida em capítulos e mostra a cena de um jovem que atravessa a rua, com os carros avançando em direção a ele. O rapaz vai para no canteiro e fica com medo de atravessar até o outro lado, ou até mesmo de voltar. O personagem Edu se transforma ao passar dos dias sozinho na ilha-canteiro. No final, foi necessária a ajuda do “Deus ex machina”, que instalou um semáforo entre o canteiro e a via para que ele ultrapassasse.

Na sequência, foram retomados alguns conceitos da fotografia e como esta também é importante para a produção dos filmes. Foram apresentados diferentes tipos de enquadramentos e de planos na fotografia, baseados em imagens do site “Primeiro filme”⁴: plano conjunto, plano médio, primeiro plano, primeiríssimo plano e plano detalhe. Foi proposto ainda um exercício em que eles montassem imagens para que cada um fotografasse o plano conjunto, depois um plano médio e, devido ao horário da oficina ter sido ultrapassado, houve a proposta para que eles escolhessem mais dois planos, e eles elegeram o primeiríssimo plano e o plano detalhe. Houve dificuldades com o foco da câmera no plano detalhe, pois a lente da câmera utilizada e a luz ambiente não eram adequadas para enquadramentos muito próximos da pessoa ou objeto. No entanto, arriscou-se experimentar com as imagens em desfoque, que também pode ser uma proposta na fotografia. Eles gostaram da experiência e, nesse encontro, foi possível explorar mais o exercício prático da fotografia, estimulando o protagonismo deles.

3.5.7 Sétimo Encontro – “Autonomia e PTS nas fotografias produzidas”

No dia 27 de junho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e vinte e nove minutos, com uma participante. O pesquisador decidiu realizar a oficina porque a participante parecia estar motivada. A ausência dos participantes se deu no contexto da tradicional festa do “Maior São João do Mundo” na cidade e em um dia de fortes chuvas entre o feriado de São João e o dia de São Pedro. Vale ressaltar que um participante justificou a ausência e avisou que estava doente. Pretendeu-se, nessa oficina, articular a relação das fotografias produzidas com os sentidos construídos por eles sobre a autonomia e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O objetivo foi possibilitar que cada participante revisse suas produções fotográficas para explorar mais sobre o que as imagens podem mostrar sobre a autonomia e o PTS.

Após realizar os exercícios de alongamento e de respiração, foi retomado o conceito de fotografia, porém surgiram imprevistos, o que exigiu duas mudanças de local até que finalmente nos estabelecemos em uma terceira sala.

Após a troca de sala, foi possível dar continuidade à explicação sobre o conceito de fotografia. Simoní falou sobre as diferentes formas de fazer fotografia, lembrando das fotografias que se costuma fazer em cerimônia de casamento e de sua participação em uma

⁴ Sem Autor. Enquadramentos: planos e ângulos. Primeiro Filme (Sem Ano). Disponível em: <https://www.primeirofilme.com.br/site/o-livro/enquadramentos-planos-e-angulos/>. Acesso em 19 de junho de 2023.

abordagem jornalística. Além disso, trouxe exemplos de atividades fotográficas que foram realizadas nas oficinas.

Dando andamento à oficina, foi realizada a reflexão sobre a ética na relação dos sujeitos com a fotografia. A participante relatou sua preocupação em solicitar autorização para tirar fotos de outras pessoas. Buscou-se também desenvolver o conceito de fotografia como linguagem artística e a crítica sobre a forma como a fotografia foi captada pela “sociedade do espetáculo”, tornando-se um objeto banalizado pelos modos como as imagens são produzidas.

Durante a conversa, Simoní compartilhou sua experiência no CAPS, falou sobre a escolha das oficinas e alguns casos em que as escolhas feitas com o seu Técnico de Referência não deram certo, solicitando, recentemente, a mudança para outra oficina.

A fim de retomar a discussão sobre a proposta do PTS, foi proposto que eles fotografassem locais no CAPS que representassem a referida proposta adotada pelo serviço. Simoní escolheu um local na sala onde havia um quadro feito com material EVA que continha algumas palavras escritas, e resolveu fazer uma foto. Ao mesmo tempo, imaginou estarem presentes outros profissionais, outros usuários e uma profissional ensinando-a a ler.

No momento seguinte foram apresentadas as fotografias impressas produzidas por ela nas oficinas anteriores. Simoní demonstrou entusiasmo ao visualizar as fotografias. Falou de suas impressões sobre a alegria e a tristeza em algumas fotos que visualizou. Quando questionada sobre a presença do PTS nas fotografias, ela mencionou que o cuidado entre os usuários é parte importante do projeto, ressaltando que eles podem oferecer apoio mútuo em momentos de dificuldade.

Na sequência, propôs-se a escolha de fotografias para uma exposição. Explicamos que no próximo encontro (o oitavo) haveria a continuidade dos exercícios de fotografia. De comum acordo, deixamos as definições acerca da exposição para o próximo encontro, considerando que somente ela compareceu neste dia.

Propôs-se à participante que avaliasse as oficinas até este encontro, que dissesse se havia algo que ainda não havia sido feito ou se suas expectativas em relação às oficinas haviam sido atendidas. Ela avaliou a atividade de forma positiva.

3.5.8 Oitavo Encontro – “Reflexões sobre o PTS e sobre fotografia”

No dia 04 de julho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora, com a presença de cinco participantes (quatro mulheres e um homem). Considerando que houve a participação somente de Simoní no encontro anterior, foram retomadas as questões sobre o conceito de

fotografia, e, principalmente, a respeito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a participação de cada um na construção deste. Realizamos os exercícios de alongamento e de respiração e, na sequência, foram retomadas essas questões. Foi solicitada a ajuda de Simoní para rememorar o encontro e ela falou sobre a exposição, trazendo alguns detalhes. Ela perguntou se os colegas estariam de acordo. Depois falou a respeito de sua percepção sobre a relação entre fotografia e jornalismo. Ela também adiantou parte do assunto acerca da exposição fotográfica, lembrando do documento que deveria ser assinado, o Termo de Autorização de Imagem - TAI (Anexo C). Elis compartilhou sua experiência de uma exposição de fotografia na escola, lembrando que foi necessário assinar um documento.

Após terem sinalizado interesse em realizar a exposição, foi proposto retomarmos a discussão sobre o conceito de fotografia e outras questões, deixando-se para mais adiante os detalhes da organização da exposição. Os participantes concordaram. A partir da discussão sobre a fotografia ser também uma arte, Elis compartilhou a importância do cuidado com o uso da imagem. Leonardo falou sobre fotografias produzidas em um acidente, relacionando essa situação com a discussão sobre a arte na fotografia. Ele refletiu ainda sobre diferentes formas de fotografar pessoas e paisagens.

Na sequência, foi retomada a questão sobre o Projeto Terapêutico Singular. Utilizou-se a metáfora de que esse projeto é como se fosse um caminho; enfatizou-se que neste caminho há um roteiro, que pode envolver a participação de outras pessoas, os profissionais do CAPS, a família e outros. Questionou-se ainda sobre a liberdade de escolha em relação ao roteiro que está sendo construído e às expectativas deles. Simoní, Leonardo e Elis expressaram suas expectativas em relação às oficinas oferecidas no serviço. Um exemplo foi o interesse na oficina de teatro, que não era oferecida. Também foi mencionada a demanda por alfabetização, mas que fosse oferecida no CAPS. Leonardo relatou suas dificuldades em manter a permanência na escola após tentar voltar a estudar.

Em seguida, foi proposto um exercício de fotografia a partir do que foi refletido sobre o Projeto Terapêutico Singular: fotografar o roteiro que cada um traça no projeto de cuidado. Eles decidiram fotografar algo que eles esperam acontecer. Eles se revezaram tirando as seguintes fotografias: Leonardo como esportista, Simoní como empresária, Marília como professora, Roberta como cuidadora de idosos e Elis como psicóloga. Alguns deles utilizaram os materiais e adereços disponíveis na sala. Perguntamos se havia alguma fotografia que eles não tivessem feito e que gostariam de fazer, ao que responderam que não.

Todos os participantes concordaram sobre realizar mais um encontro, a fim de organizar a exposição e fazer a avaliação do que foi realizado nas oficinas.

3.5.9 Nono Encontro – “Revisitar o percurso e organizar a exposição fotográfica”

No dia 11 de julho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e trinta e seis minutos, com a presença de cinco participantes (quatro mulheres e um homem). Neste encontro foi proposta uma revisão das noções repassadas em relação à fotografia e do que foi construído com os participantes durante as oficinas, bem como o planejamento da exposição fotográfica. Pretendeu-se ainda dar continuidade à avaliação de todo o processo e concluir a produção de informações para a pesquisa.

Fizemos os exercícios de alongamento e de respiração e retomamos a questão sobre o conceito de arte e a relação com a fotografia. Elis interrompeu, perguntando se poderia sair, porque não estava bem (ela estava recebendo atenção contínua, com acolhimento diurno e noturno no CAPS). Saiu e não voltou. Seguimos o encontro com quatro participantes.

Os participantes foram convidados a discutir o conceito de arte e apresentaram diferentes exemplos que incluíam arte barroca, pintura, grafite e artesanato. Ficou evidente que cada um deles acessou suas próprias experiências para definir o que era arte. Em suma, os participantes concordaram que a fotografia também é uma linguagem artística e essa discussão contribuiu para uma reflexão sobre a relação entre arte, cotidiano e experiência individual.

Em seguida, rememoramos as oficinas. Os participantes lembraram de quase todos os encontros, e buscou-se complementar e costurar os relatos com outras lembranças.

Os participantes receberam as fotografias impressas no tamanho 10x15cm, que cada um havia produzido durante as oficinas, totalizando quarenta e nove fotos. Em seguida perguntou-se qual foto estava faltando ali que falasse de autonomia, mas não houve qualquer comentário. Os participantes ficaram empolgados ao visualizar as fotografias que eles produziram, bem como as fotografias que foram tiradas deles. E sentiram dificuldade para decidir sobre a quantidade de fotografias a serem incluídas na exposição. Houve um momento em que buscaram a foto que estivesse o grupo todo, mas não havia nenhuma assim. Após passarem bastante tempo visualizando as fotografias, colocou-se a questão sobre quantas fotografias seriam incluídas na exposição, considerando as já impressas e a proposta de mais uma fotografia impressa de cada um no tamanho 20x30cm (a impressão de uma foto por participante foi uma contribuição do pesquisador). Após a discussão, decidiram escolher apenas uma fotografia impressa de cada participante para a exposição, pois alguns participantes relataram ter dificuldades financeiras, o que inviabilizou a decisão de adicionar um maior número de fotografias com as referidas dimensões. Deste modo, foi decidido que a exposição contaria com quatro fotografias impressas no tamanho 20x30cm. Em seguida, eles perguntaram se poderiam

ficar com as fotografias impressas (10X15) que tínhamos levado. Diante da confirmação, eles as levaram para a casa.

Para as quatro fotografias que fariam parte da exposição propuseram os seguintes títulos: “Meu Brasil”, “Beija-flor”, “Meu CAPS III para viver” e “Psicologia e Atendente”. Após uma reflexão, foi decidido ainda que o nome da exposição seria “A Esperança Continua”.

Foram definidos também a construção dos suportes para instalação das fotos, o horário da exposição e o local da instalação. Decidiram, então, que o horário seria o mesmo das oficinas e a instalação seria na área externa, próximo à entrada da recepção do CAPS. Ficou definido também que faríamos um lanche antes da exposição e definimos o que cada um traria. Nesse momento, foram assinados os Termos de Autorização da Imagem por cada participante.

Foi realizada ainda a avaliação de todo o percurso e cada um falou do que gostou e do que foi importante para eles. Ressaltamos a importância de poderem falar do que não gostaram, mas não houve apontamentos nessa direção. A partir da experiência que tiveram com as oficinas aqui relatadas eles realçaram o interesse em mais propostas similares a esta.

Restou pouco tempo para definir todos os detalhes da exposição fotográfica e para avaliar o percurso das oficinas; decidimos, então, deixar para o próximo encontro essa discussão.

3.5.10 Décimo Encontro – “Organização da Exposição fotográfica ‘A Esperança Continua’”

No dia 18 de julho de 2023, a oficina teve a duração de uma hora e vinte minutos, com a presença de quatro participantes (três mulheres e um homem). O objetivo foi organizar as fotografias para a exposição. Esta oficina não foi gravada, apenas registrada no diário, pois, como já explicitado, tratava-se de uma oficina direcionada para a organização da exposição fotográfica.

Vale ressaltar que, durante a reunião com a orientadora, avaliamos que a decisão de imprimir apenas quatro fotografias resultaria em um número muito reduzido de fotos para uma exposição. Além disso, o tempo para o planejamento acabou sendo limitado, considerando o objetivo de organizarmos coletivamente a instalação das fotografias. Por essa razão, decidimos propor ao grupo a realização de mais esse encontro, no qual seria organizada a exposição. Primeiro, foi feito contato com a profissional de apoio que concordou com o encaminhamento de tomar a decisão final juntamente com os participantes. Os participantes foram contatados por telefone para levar todas as fotografias produzidas por eles (que eles tinham levado para casa no encontro anterior). A exceção foi a participante Roberta, com quem não foi possível

entrar em contato.

Para o lanche, foram levados salgados, tapiocas, bolo e refrigerantes. Antes de lancharmos, perguntamos como eles estavam e Simoní expressou o desejo de saber sobre a exposição. Retomou-se com eles que faltaram as avaliações da profissional de apoio e do pesquisador sobre as oficinas, e, considerando que Elis não participou do encontro anterior, ela também poderia compartilhar a sua avaliação.

Após avaliarmos que quatro fotografias (20x30) eram pouco para realizar uma exposição, propusemos que eles escolhessem mais fotografias impressas no tamanho 10x15cm. Todos concordaram que seria melhor complementar a exposição com essas fotografias, ainda que no tamanho menor. Como a construção da instalação das fotografias e dos suportes para a exposição demandaria bastante tempo, todos concordaram também em adiar a exposição para terça-feira seguinte.

No decorrer do nosso lanche, quando já havíamos discutido as referidas propostas sobre a exposição, chegaram para lanche conosco, a convite dos participantes, uma das coordenadoras e um profissional. Durante esse momento, houve uma solicitação por parte de Leonardo e Simoní para que a coordenadora trouxesse mais atividades para o CAPS e ela respondeu que estavam buscando ampliar o escopo de atividades do serviço.

Os convidados se despediram e o nosso lanche foi concluído. Na sequência, retomamos a avaliação das oficinas. O pesquisador avaliou de forma positiva ter utilizado a oficina de fotografia como recurso para possibilitar momentos de trocas e aproximação com os participantes, além de produzir informações para a pesquisa. Acrescentou ainda a limitação que o recurso da oficina de fotografia pode ter trazido para a pesquisa, bem como a limitação da pesquisa para as noções de fotografia, mas valorizou o que foi feito. Elis disse ter gostado de fazer as fotografias, sem apontar em sua fala algo que tenha sido negativo. A profissional de apoio avaliou ter gostado da metodologia utilizada, da maneira como as oficinas foram conduzidas e da coesão dos participantes ao longo do processo. Ela disse não ter algo que não tenha gostado.

Na sequência, cada um pegou as fotografias que trouxe para organizar nos suportes a partir dos materiais disponíveis (papel madeira, papel cartão na cor preta e branca, papéis coloridos para colagem, tesoura, cola, lápis coloridos, lápis de cera e canetas hidrográficas coloridas). Os participantes definiram a forma de dispor as fotografias nos suportes, colando-as com uma fita crepe, para que a fotografia não fosse danificada e pudesse ser devolvida a eles. Eles iniciaram prontamente a fixação das fotografias. Para fazer o título da exposição, a profissional de apoio sugeriu imprimir as letras na impressora do CAPS e todos concordaram.

Propôs-se que escolhessem um título para cada fotografia. Eles, no entanto, não se interessaram e decidiram deixar o título somente nas quatro fotografias escolhidas inicialmente (em tamanho maior). Nas demais fotos colocaram os nomes de seus respectivos autores. Durante a realização da atividade, foi evidente o envolvimento e a empolgação de todos os participantes. Além disso, Leonardo e a profissional de apoio buscaram animar o ambiente cantando músicas, sendo que ela sugeriu ainda a inclusão de canções para ouvirmos enquanto trabalhávamos, ideia prontamente aceita por todos. Sendo assim, os trabalhos foram realizados ao som de músicas do artista Roberto Carlos, que a profissional de apoio tocou em seu celular.

A construção da exposição fotográfica teve ampla participação de todos e ficaram pendentes poucos detalhes.

3.5.11 Décimo Primeiro Encontro – “Exposição fotográfica ‘A Esperança Continua’”

No dia 25 de julho de 2023 realizamos a instalação da exposição fotográfica, com o objetivo de expor as fotografias realizadas e escolhidas pelos participantes da pesquisa, concluindo assim as oficinas. Esta atividade teve a duração de duas horas e contou com a presença dos cinco participantes (quatro mulheres e um homem). Ela não foi gravada, mas apenas registrada no diário de campo.

Todos os participantes estavam empolgados e na expectativa da instalação da exposição. Combinamos que, após o término da exposição, nos encontraríamos na sala a fim de realizar um momento de conclusão das oficinas. Após verificar como ficou o cartaz com a identificação “Exposição Fotográfica” e as fotografias fixadas nos suportes, questionou-se se eles gostariam de fazer algum acabamento (pintar, enfeitar etc.), mas eles decidiram deixar o material como estava. Propôs-se ainda que houvesse uma fala deles na abertura da exposição, para apresentar o que foi produzido. Assim, ficou decido pelos participantes que Leonardo e Simoní iriam fazer essa fala em nome do grupo. Eles definiram também o melhor local para os painéis e suportes.

Após a exposição ser instalada, os participantes ficaram na expectativa de fazer a abertura. As pessoas se aproximaram, houve interação e uma usuária fez perguntas sobre as fotografias, às quais eles responderam. Os participantes convidaram a equipe e alguns profissionais chegaram para ver a exposição.

A fala de abertura foi realizada pelos participantes Marília, Leonardo e Simoní. Marília fez uma apresentação do título da exposição “A Esperança Continua”, mencionando que o trabalho foi resultado de quase três meses de oficinas fotográficas. Complementando, Simoní relatou a importância do trabalho que realizamos juntos. Por fim, Leonardo falou que essas

fotografias mostravam o olhar do outro e que a cada clique mudou algo. Os participantes convocaram os profissionais para falarem sobre suas impressões em relação ao trabalho. Uma das coordenadoras, juntamente com mais quatro profissionais, destacou a importância do projeto e a esperança de que ele possa contribuir positivamente para cada usuário. Na sequência, convidaram o pesquisador e este fez o agradecimento a todos. Cumpre destacar que, no decorrer da exposição, o pesquisador registrou o momento tirando algumas fotos.

Em seguida, os participantes debateram sobre deixar a exposição no CAPS ou retirá-la. Houve discussão quanto ao risco de as fotografias molharem com a chuva e/ou de alguém danificá-las. Decidiram deixá-las expostas por apenas um dia, com a profissional de apoio retirando-as ao final da tarde.

Na sequência, seguimos para a sala. Lá, perguntou-se aos participantes como avaliaram aquele momento, e todos disseram ter gostado bastante. A profissional de apoio destacou ter gostado muito do envolvimento dos participantes com a proposta das oficinas e que não imaginava um resultado tão bom. Leonardo expressou sua esperança de que projetos desse tipo continuassem vindo para o CAPS.

Para o momento de conclusão das oficinas, foi proposto que, em círculo, todos se dessem as mãos e foi solicitado que cada um dissesse uma palavra que definisse os encontros. O pesquisador iniciou com a palavra “construção”, a profissional de apoio disse “carinho”, Elis disse “amor”, Leonardo disse “luz”, Simoní disse “união” e Roberta falou “compreensão”.

Foi um ritual de despedida importante e dele ficou a satisfação pelo compartilhamento, pelas trocas e afetos entre cada um que ali estava. Um ciclo que se concluiu com bons encontros e muitas produções.

3.6 Estratégias de análise das oficinas

Das informações produzidas, foram utilizados para a análise os registros das oficinas gravados em áudio e, posteriormente, transcritos pelo pesquisador, totalizando treze horas e dezoito minutos de gravação. O diário de campo não foi submetido à análise de discurso, mas foi utilizado como suporte complementar.

Para analisar as informações produzidas, foi utilizado o mapa dialógico, que, segundo Nascimento, Tavanti e Pereira (2014), “constitui um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar pesquisadores/as em uma aproximação com o material, na organização dos discursos e no norteamto da discussão” (p. 247). Para os autores citados, o mapa dialógico também possibilita visualizar os passos dados na construção da pesquisa.

Inicialmente foi feita a Transcrição Integral (TI) de todas as gravações das oficinas procurando preservar o “discurso original do contexto de pesquisa”, isto é, destacando quem fala, sobre o que fala e como cada um/a fala (Nascimento et al., 2014, p. 258). Na sequência organizamos o mapa, por meio de um quadro com linhas e colunas, sistematizado a partir dos objetivos da pesquisa (ver Estrutura dos Mapas no Apêndice B). Assim, foram definidos os temas e as categorias que orientaram o processo de análise das informações produzidas (Nascimento et al., 2014).

A ferramenta dos mapas dialógicos é fundamentada na perspectiva dialógica que valoriza a diversidade de vozes e a interação entre os participantes como elementos essenciais para a produção de conhecimento crítico e reflexivo (Nascimento et al., 2014).

3.7 Aspectos éticos

Nesta pesquisa, o método da cartografia foi utilizado como inspiração para a construção de um posicionamento ético entre o pesquisador e os pesquisados, os quais, de maneira singular, “produziram um comum” a partir dos encontros e dos vínculos construídos.

Deleuze e Guattari (2011) engendraram a base para a cartografia como um método, de modo a possibilitar a construção de um fluxo processual para a pesquisa. Os autores pressupõem a teoria como caixa de ferramentas a fim de fazer algo funcionar, agenciar com o que se pretende pesquisar, o que se constitui como um sistema aberto com múltiplas entradas e saídas, compondo com o real, em um mapeamento que produz a realidade e não simplesmente a representa (Cintra, Mesquita, Matumoto, & Fortuna, 2017; Hur, 2021).

A cartografia destaca, em seu posicionamento ético, o protagonismo dos participantes em uma pesquisa. Portanto, cartografar é acompanhar processos, geralmente em campo aberto, onde há variação constante e somente se produz o que se constrói (Barros & Kastrup, 2010; Cavagnoli & Maheirie, 2020; Hur, 2021). Vale dizer que a perspectiva cartográfica recusa a dicotomia ‘sujeito e objeto’ e a suposta neutralidade para “pesquisar com” e estar “entre” na relação com pares, grupos, sociedade, passado e presente (Barros & Kastrup, 2010; Cavagnoli & Maheirie, 2020; Hur, 2021; Tedesco, 2015).

A cartografia não faz movimento de restituição ou regressão, ou seja, ela não busca retornar a um estado anterior ou partir de algo fixo, mas se faz com o caminhar do investigador ou pesquisador, traçando e tecendo linhas de fluxo com o fenômeno pesquisado. Dizendo de outra maneira, Hur (2021) escreveu que a cartografia

não busca essências idealizadas e transcendentais, mas a produção de sentidos nos fenômenos investigados. Vale destacar que, evidentemente, a cartografia não ignora a história, mas não fica apenas restrita nela e se preocupa com os movimentos e deslocamentos dos corpos no território (p. 279).

O método cartográfico é um movimento que necessita de implicação. Por isso, deve ser construído na relação com o pesquisado, o que acontece quando o pesquisador se coloca para estar com ele de forma instituinte, acompanhando seus processos (Baremblytt, 2002; Barros & Kastrup, 2010; Cavagnoli & Maheirie, 2020; Hur, 2021; Lourau, 2014; Romagnoli, 2014).

Nesta pesquisa, ao nos inspirarmos na cartografia, buscamos estabelecer uma relação contratual com o sujeito em sofrimento psíquico e construir um modo de estar com ele, de fazer com ele, sem nos colocarmos de forma impositiva e enrijecida.

Em respeito aos procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, conforme as recomendações éticas da Resolução Nº 466/2012 do CNS, esta proposta de pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovada, conforme parecer (Anexo D). A coordenação de saúde mental do município de Campina Grande assinou o Termo de Autorização Institucional (Anexo E). Os participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo I), o de Autorização para Gravação de Voz - TAGV (Anexo B), e o Termo de Autorização de Imagem - TAI (Anexo C), para a realização da exposição fotográfica no CAPS. Os referidos documentos tiveram o propósito de deixar os participantes cientes do objetivo, do direito de interromperem a participação a qualquer momento da pesquisa e de autorizarem a gravação de voz e o uso da imagem deles (circunscrito a exposição fotográfica no CAPS).

As informações adquiridas foram utilizadas para os fins estabelecidos pela pesquisa e foi preservada a identidade dos participantes, por meio da criação de pseudônimos. Os três documentos de autorização referidos anteriormente foram impressos em duas vias: uma cópia ficou com cada participante da pesquisa ou seu responsável legal e a outra com o pesquisador. Considerando o risco de transmissão das variantes do coronavírus e, consequentemente, da Covid-19, o pesquisador cumpriu com todas as medidas de proteção estabelecidas pela OMS (2023) e pelos órgãos de vigilância sanitária municipais e estaduais. Vale ressaltar que o pesquisador está com o Certificado Nacional de Vacinação Covid-19 atualizado.

4 CAPÍTULO 3. MAPEANDO DIÁLOGOS SOBRE A AUTONOMIA

Neste capítulo, pretende-se responder aos objetivos desta pesquisa, sendo o principal deles analisar como os usuários do CAPS III exercem sua autonomia por meio de relatos construídos por eles sobre o seu cotidiano. Os objetivos específicos são: investigar, através dos relatos, se a autonomia está sendo incentivada pelo CAPS III no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular; analisar os sentidos que os usuários do CAPS III constroem sobre sua participação nesse Projeto; e conhecer os posicionamentos identitários que os usuários constroem por meio dos relatos. Desse modo, os resultados encontrados através das informações produzidas nas oficinas serão apresentados em três tópicos: sentidos construídos sobre autonomia; autonomia e Projeto Terapêutico Singular; e posicionamentos identitários. Por último, faz-se uma discussão teórica com base nos resultados obtidos.

Vale ressaltar que as reflexões sobre as fotografias produzidas pelos participantes durante as oficinas não foram incluídas na análise, visto que não ocorreu uma discussão que articulasse as fotos produzidas com o tema da autonomia, embora tenha havido um esforço de nossa parte durante as oficinas. Os participantes demonstraram preferência pelas noções teóricas e práticas sobre a fotografia.

4.1 Sentidos construídos sobre autonomia

4.1.1 *“É um nome muito complicado, autonomia”*

Quando foi apresentada a questão sobre o que é autonomia, os participantes demonstraram desconhecer o termo, mas, em seguida, associaram-no a ter “capacidade”, como se pode observar nos relatos abaixo:

Simoní: Eu acho assim... Esse negócio, essa palavra aí que o senhor falou... (Inaudível).

Assim, eu não sei dizer esse nome estranho. Eu acho assim, se a gente quando não toma remédio, aí todo mundo gostava da gente. Gostava da pessoa. [...] Porque eles não sabe que a gente tem capacidade de fazer serviço, que eles não sabe que a gente tem capacidade de arrumar uma casa, que a gente tem capacidade de trabalhar [...].

Elis: Assim, eu acho... eu, meu pensamento... eu tô recebendo meu dinheiro. Eu, só que é assim... os povo diz que eu não tenho, assim...

Roberta: Capacidade.

Elis: Capacidade de receber, aí eu perguntei, minha irmã disse: “Se sua mãe quiser pra você ficar recebendo, você pode”. Aí o povo disse de ir **lá...** (Gaguejou). Eu pago o cartão da minha mãe, eu recebo a bolsa escola da minha irmã, porque assim, minha irmã tá grávida. É, esse mês que entra em junho ela já completa nove meses. Aí quem tá fazendo as coisas pra ela sou eu. (Oficina 1)

Embora o termo autonomia esteja sendo usado há décadas nas políticas de saúde mental, os diálogos apontaram que os usuários desconhecem o termo e o consideram um “nome estranho”, conforme relatado por Simoní. Ao associarem autonomia com ter capacidade, remetem-se também à falta de credibilidade social. Nesse sentido, Simoní indica uma mudança na forma como as pessoas se relacionam com os usuários do CAPS, quando diz que “todo mundo gostava da gente”, mas que passaram a não gostar pois a sociedade passa a duvidar da capacidade deles quando começam a “tomar remédio”. Ela complementa explicando: “porque eles não sabe que a gente tem capacidade”. Assim, ela se contrapõe a isso, posicionando-se, e posicionando os demais usuários, como pessoas que têm capacidade de fazer as coisas e de trabalhar. Elis também se posiciona como alguém que tem “capacidade”, mas o “povo diz” que ela não tem. Ela reforça o posicionamento sobre ser capaz dizendo: “eu pago o cartão da minha mãe”, “eu recebo a bolsa escola da minha irmã”, e ainda dá apoio para a irmã, que está grávida. No entanto, ela indica que sua mãe recebe e administra o seu dinheiro, quando afirma que a irmã diz que se a “mãe quiser”, ela poderia receber. Nesse sentido, a mãe é colocada como uma espécie de tutora sobre as decisões relacionadas ao dinheiro dela, o que de certa maneira limita a sua capacidade.

A falta de credibilidade social também apareceu fortemente relacionada à dificuldade de acesso ao mercado de trabalho:

Leonardo: É porque depois que você vem para aqui [refere-se ao CAPS], como ela colocou, as pessoas perdem a credibilidade em você... (Pausa). Perdem a credibilidade

no que você faz. No que você pensa, no que você deixa de fazer... é isso. [...] Não, antes você tinha credibilidade. Você não precisa chegar nos cantos e dizer que faz parte **de** um grupo terapêutico (Gaguejou). (Inaudível). (Pausa). Aí antes você... você não precisava nem dizer que fazia parte de algum grupo [...].

Simoní: [...] Só que se a gente for dizer assim... eu mesmo, sem mentira, digo assim que sou paciente do CAPS Reviver. Ai vai dizer: “Pronto, é doida. Não vou dar emprego a doido não”. Aí, quer dizer, aí vai bota uma que tem juízo certo, aí rouba! Eu acho errado, por quê? Era pra dar oportunidade, doutor, pra gente. Eles não dá oportunidade para todo mundo? E por que não dar uma chance para a gente trabalhar para eles ver o nosso serviço, para ver como é que a gente se desempenha, para eles ver quem somos, que a gente somos capaz? Mas não dá, só fecha a porta na cara da gente, só fecha a porta na cara da gente. Eu acho isso errado.

Marília: Eu trabalhava de seis da manhã até seis da noite e ganhava 700 reais por mês. Aí eu gostava de ir porque eu não ficava em casa só. Aí eu ia, era a hora que meu marido saía de casa até a hora dele chegar. Ficava lá o dia todinho. Era perto de casa. [...] Eu ia ficar cinco dias com a menina no hospital, que ela ia ganhar neném e aí ela ia me pagar. Aí ela soube que eu estava aqui [refere-se ao CAPS], aí eu até conversei com ela hoje, mas entreguei na mão de Deus. Ela não me chamou, não. Chamou outra pessoa, que eu fiquei sabendo.

Leonardo: Eu fui atrás de emprego, mas ele não, não dá emprego, não. Eu elaborei um currículo que eu fazia antigamente, eu já trabalhei de ajudante de padaria, já trabalhei de ajudante de pedreiro, já trabalhei de pintor, já trabalhei de... descarregador de construção de pedreiro. Aí botei tudo no currículo, fui entregar, mas quando eu ia passar, dizia: “Toma algum medicamento?”, quando eu ia passar pela psicóloga, né? da empresa. Fui lá no Redecompras [refere-se ao supermercado], passei no requisito

tudinho, quando eu fui pra psicóloga, aí ela me disse: “Não, não tem vaga não pra você, não”. Aí eu disse: “Tá certo, tudo bem”. Eu fui pra ser... só arrumador, sabe. Aí a menina disse: “Não, não tem vaga pra você, não”. “Tudo bem”. Lá no Redecompras, aí, “tudo bem, obrigado”. Fui lá no Ideal [refere-se ao supermercado], a mesma coisa. “Tem vaga aí?” Tinha vaga lá. Aí passei pela psicóloga também, aí a psicóloga disse: “Você faz algum tratamento?” Eu disse: “Lá no CAPS”. “E é?” [refere-se à psicóloga]. “É” [Leonardo]. Aí ela disse: “Não tem vaga, não”. Aí eu disse: “Tudo bem”. É tanto que eu nem compro, nem no Redecompras, e nem compro no Ideal. Eu compro no mercadinho lá perto de casa e nos outros mercados, mas nos dois eu não compro. Porque foi muita sacanagem, só porque você faz um tratamento sendo descartado. Você é descartado da **sociedade** (Chorou). Pra eles **você** não é um ser humano (Gaguejou). (Chorou). Aí você não é um ser humano. Só porque **você faz um tratamento, você é descartado** (Chorou). (Pausa). Aí eu digo também não compro, não. Eu deixei de comprar no Redecompras e no Ideal. (Oficina 1)

Simoní: Aí eu digo assim, e por que eles num dá oportunidade agora nesse São João? Não dá **oportunidade** pra gente varrer ao menos a rua (Gaguejou), fazer alguma coisa. “**Aí não, ela é do CAPS, é doido**” (Em tom de desdenho). Não, a gente... A gente somos... A gente somos capazes. Eles que quer deixar a gente doida, mas eu? Mas não deixa. [...] Ah, que eu sou capaz de muita coisa. (Pausa). De tirar foto, de trabalhar, só que o povo não **dá** trabalho a pessoa (Gaguejou), se a pessoa dizer assim: “Eu sou do CAPS”, pronto. Nem precisa às vezes dizer, porque diz logo, quando for lá no fofoqueiro, aí tá lá CAPS, que o fofoqueiro é o computador (Inaudível). Aí diz logo: “**Não, não sei o quê, não sei o quê. Vai pra casa que depois eu ligo**” (Em tom de indignação). (Pausa). Nem chama. Aí é isso. Era pra dar oportunidade a nós, mas não dão. (Oficina 7)

Os participantes afirmam que têm capacidade, mas a sociedade não acredita que eles tenham. Leonardo diz isso explicitamente: “É porque depois que você vem para aqui [refere-se ao CAPS], como ela colocou, as pessoas perdem a credibilidade em você [...] perdem a credibilidade no que você faz”, afirma, denunciando a falta de confiança das pessoas na forma como os usuários pensam ou agem. Ele apresenta o seu itinerário quando tentou acessar o mercado de trabalho e ilustra a falta de credibilidade social quando ele fez o currículo, passou pelas etapas do processo seletivo e lhe foi negada a vaga porque informou fazer uso de medicamento. O uso do medicamento aponta para um grande obstáculo que os usuários enfrentam. A falta de credibilidade da sociedade sugere o estigma que incide sobre eles, negando-lhes o acesso aos direitos. Ele ainda disse chorando: “Só porque **você faz um tratamento, você é descartado**”.

A discriminação foi apontada por Simoní, quando ela enfatizou, em tom de desdém, um tipo de abordagem recebida: “Aí não, ela é do CAPS, é doido”, negando-lhe uma oportunidade de trabalho; mas ela reafirma: “a gente somos capazes”. Simoní busca se distanciar do rótulo de “sujeitos incapazes” imposto pela sociedade, pois não se deixa ser rotulada, e se posiciona como alguém “capaz de muita coisa”. Marília também relatou ter passado por uma discriminação, quando não conseguiu a oportunidade de trabalho, porque descobriram que ela é usuária do CAPS. Esses relatos enfatizam, portanto, que para “todo mundo” que não faz uso do CAPS é dada a oportunidade, mas para eles não, e que falta às pessoas ou à sociedade verem/saberem que eles têm “capacidade”.

Esses diálogos remetem à exclusão social perpetuada historicamente, quando os sujeitos em sofrimento psíquico eram retirados do convívio social e levados para os manicômios. Nesse sentido, ainda que os usuários estejam inseridos em um serviço substitutivo, eles enfrentam barreiras produzidas pela sociedade, o que remete à manutenção de uma lógica manicomial.

Em determinado momento das oficinas eles utilizaram o termo ‘autonomia’ e o definiram da seguinte forma:

Leonardo: Autonomia é dar... É dar um passo à frente, tentar dar um passo à frente, daquilo que tá passando no dia-a-dia, né? O que eu entendo é isso. Você dar um passo, dar um pulo à frente do dia-a-dia que você tá passando. Digamos você tá vendo uma dificuldade sua hoje, você amanhã superar ela. Pronto. Digamos. Eu não tinha esse

compromisso que tá tendo hoje aqui, né? Eu não tinha. Mas só em hoje eu dar esse passo já modificou muito... Né? Modificou muito.

Roberta: [...] Autonomia? Autonomia é a pessoa ter liberdade, assim, de ir no mercadinho sozinha, minha irmã não deixava eu ir, eu fui vacinar sozinha escondida dela. Fui fazer exame de vista escondido dela. [...] Aí ela não deixava eu andar sozinha, de ruim que ela é, que sei virar Campina pelo avesso, que desde novembro que eu moro aqui, sei tudo. Ela disse que eu sou muito esperta, **sou** esperta (Gaguejou). Sou esperta mesmo. (Oficina 1)

Simoní: Aí autonomia é a gente, eu fazer as coisas, lá pra cima, nunca deixar botar eu lá pra baixo. Minha autonomia é essa. [...] Isso significa ter o que mesmo? É um nome muito complicado, autonomia. (Oficina 7)

Para Leonardo, a autonomia é vista como a capacidade de “dar um passo à frente”, de agir além das limitações do dia-a-dia e de superar desafios. Quando diz que pode superar amanhã uma dificuldade identificada hoje sinaliza para um outro ritmo de superação, uma maneira singular de lidar com algo difícil, um “passo” ou um “pulo” à frente de uma situação que vivenciou. Roberta, de outro modo, evidencia uma limitação de sua autonomia, que advém da sua irmã não deixá-la sair sozinha, pois para ela a autonomia é vista como a capacidade de agir e de ter a liberdade de tomar decisões por si mesma. Por essa razão, ela conta que sai escondida para fazer o que precisa, como ir ao mercado, tomar vacina e fazer exames, exemplificando sua capacidade de driblar tal limitação e cuidar de si mesma. Ao mesmo tempo, ela demonstra resistência a uma tentativa de tutela estabelecida pela irmã. Por fim, se posiciona como uma pessoa muito esperta e reforça esse posicionamento recorrendo ao discurso da irmã: “Ela disse que eu sou muito esperta, **sou** esperta (Gaguejou). Sou esperta mesmo”.

Simoní, por sua vez, apesar de afirmar que a palavra “autonomia” é complicada, associa-a a algo relacionado ao poder de fazer suas próprias escolhas e não permitir que seja subjugada ou controlada por outros. Ao afirmar que autonomia é “eu fazer as coisas, lá pra cima, nunca deixar botar eu lá pra baixo”, transmite a ideia de liberdade e empoderamento, sugerindo que a autonomia é uma forma de manter-se em uma posição de poder e controle sobre sua própria vida.

Em outro relato evidencia-se que autonomia é não depender de algo ou alguém:

Sofia: [...] Então, pra mim, autonomia, é você questionar as coisas, questionar o porquê das coisas, questionar o porquê de eu precisar ser tão dependente de tal pessoa. Porque a gente vive um mundo de dependência. Dependência física, dependência emocional, dependência. [...] A gente tem que ter a autonomia de dizer “não, eu não dependo disso”, “não dependo do cigarro, não dependo de você, eu não dependo de outra pessoa pra ser feliz”. E é... é justamente isso, de não se deixar levar por esse discurso da psicanálise, **de** ser (Gaguejou). Uma... um... uma coisa pré-estabelecida. De não ser isso. De chegar e questionar o porquê das coisas. [...] Pra mim, autonomia, é você dizer eu não tenho o carinho da minha mãe, eu não tenho **o carinho de ninguém**, mas eu tenho o meu carinho (Enfática). [...] Mas principalmente, o principal, é você dizer eu me amo. Pode vir o mundo inteiro contra mim. Ninguém pode me amar. Mas eu me amo. Isso também é autonomia. É você dizer **não**, eu me amo (Enfática). Eu me coloco em primeiro lugar. Acima de todo mundo eu venho em primeiro lugar. [...] Mas eu posso dizer: “Olha, eu cortei o meu pulso. Eu sei o quanto dói. Se você fizer vai doer”. Eu posso viver... Eu posso dizer da minha experiência pra você, mas eu não posso ordenar pra você que você não corte, entende? Pra mim autonomia também é isso, entendeu? [...] O suicídio vem disso também, vem da autonomia, sabia? (Pausa). Se eu tenho a autonomia de usar o remédio, pegar no remédio e ter meu remédio ao acesso. (Pausa). [...] Eu posso ter a autonomia de chegar lá e tomar na hora que eu quiser. Eu digo isso porque eu já tentei me suicidar com remédio. Tomando os meus remédios. [...] Então a minha autonomia ela se prende aí também. É uma limitação minha. A autonomia tem sua limitação. (Oficina 2)

Sofia, ao falar sobre o que é autonomia, relaciona o conceito com questionar as coisas e buscar entender o motivo de depender tanto de outras pessoas. Ela destaca a dependência física, emocional e de outras pessoas como exemplos. A autonomia, nesse sentido, significa para ela ter a capacidade de dizer “não” e não depender de algo, como uso de cigarro ou de depender de outras pessoas para ser feliz. Sofia também menciona a importância de não se deixar influenciar por discursos fixos, que geram, em muitas ocasiões, um senso de inadequação. O relato dela destaca a importância de questionar e desafiar as estruturas e normas que podem limitar a autonomia individual. Posiciona-se como alguém autossuficiente e sugere certo individualismo quando diz: “acima de todo mundo eu venho em primeiro lugar”. Por outro lado, aponta para um dilema ao sugerir que o suicídio pode ser visto como uma forma extrema de exercício da autonomia – “o suicídio vem disso também, vem da autonomia, sabia? (Pausa)” – e, nessa direção, aponta também para uma limitação da sua autonomia quando diz não ter “autonomia” de ficar com as medicações porque tem “tendência suicida”.

Outro aspecto relacionado à autonomia foi o de fazer o gerenciamento da própria medicação:

Simoní: Autônoma, é isso. Eu ando com as minhas medicações e tomo tudo na hora certa. Eu... tenho... sou cardíaca... e tomo tudo na hora certa, minhas medicações. Nem tomo menos nem tomo mais. Então eu acho assim que eu já tô no meu mundo. Se eu sei que aquela medicação vai me fazer mal, se eu posso tomar mais, então eu não vou tomar [...]. (Oficina 2)

No relato acima, Simoní destaca sua autonomia ao cuidar de si mesma e seguir corretamente sua medicação: “Nem tomo menos nem tomo mais”. Ela se posiciona como uma pessoa responsável e como alguém que tem o controle sobre sua própria saúde. Ao mencionar que não tomaria uma medicação se soubesse que isso lhe faria mal, Simoní demonstra um forte senso de autodeterminação. Ela afirma que está em “seu mundo” e faz suas escolhas com base em seu conhecimento e percepção das consequências. Vale ressaltar que esse relato foi construído num contexto em que se falava não só da gestão da própria medicação, mas também do risco de suicídio.

Ainda em relação à gestão da medicação, foi possível notar que esse aspecto apareceu de forma comum nos relatos, sugerindo a importância de os sujeitos serem autônomos e de

terem o acesso às informações sobre o que lhes é prescrito. Ao mesmo tempo, apareceram relatos em que há um reconhecimento da própria limitação para gerenciar o uso dos medicamentos. Nesse sentido, Leonardo relatou a dificuldade em realizar determinadas ações, relacionando-as com o uso da medicação e a influência de sua mãe para que ele faça uso do medicamento, bem como para que também vá ao CAPS.

Leonardo: Eu quase não vinha hoje. Eu vim porque minha mãe insistiu, eu vim fazer o tratamento, ela disse “se eu não insistir, eu não ia agir mais em nada”. “Eu não tô querendo ir não”. Ela disse: “Mas vai, levanta, levanta, levanta”. Fez com que eu levantasse da cama e eu sem querer levantar, o remédio, eu não aguento mais tomar remédio, não. Ela disse: “Toma o remédio”. “Eu não vou tomar, não”. Ela: “Tome”. Eu digo: “Não vou tomar, não, quando eu vier eu tomo”. Aí ela insistiu muito pra eu vir hoje, mas eu não ia vir não. Ia vir também... bateu lá na minha consciência, que eu tenho compromisso com o senhor, e com a psicóloga e com o professor [refere-se a um profissional do serviço]. [...] Com o remédio não cumpri, não. [...] Porque ou eu durmo lá ou durmo cá. [...] Faz eu dormir. Eu tomo ele e daí com uns quarenta minuto, uma hora, já dá sono, já. Fica sonolento. Mas o remédio tá correto, tá entendendo?! Eu provei do que o médico passou tá correto, o remédio. Porque eu durmo todo dia em casa é o horário mesmo, fixo. Eu não me acordo. (Oficina 1)

Leonardo vai ao CAPS, mas decide adiar a dosagem: “Não vou tomar, não, quando eu vier eu tomo”, afirmando que o medicamento pode limitar sua mobilidade, porque “fica sonolento”. Mas, embora diga não aguentar “mais tomar remédio”, considera o medicamento prescrito correto. Seu relato sugere uma tensão entre a autonomia e a influência familiar no seu projeto de cuidado. Ele nos lembra também da necessidade de considerar e respeitar o fato de ele não tomar o medicamento, buscando alternativas que sejam mais adequadas e singulares, levando em conta suas preferências e necessidades. Posiciona-se como uma pessoa que tem o direito de dizer não, pois, embora o relato aponte para uma tentativa de influência da mãe sobre

ele, ele diz que não faz tudo o que ela quer: “aí ela insistiu muito pra eu vir hoje, mas eu não ia vir, não. Ia vir também... bateu lá na minha consciência, que eu tenho compromisso [...]”.

Nessa direção, outros relatos apontaram para a complexidade que envolve a gestão da medicação e as relações familiares:

Sofia: [...] E hoje quem me dá meus remédios é minha mãe, porque ela não confia em deixar meus remédios comigo. E eu também não confio em deixar meus remédios comigo. Porque eu tenho a tendência suicida.

Elis: Assim, foi... caindo o mundo pra mim. (Pausa). Aí sabe de uma coisa. Eu tranquei a porta do quarto, sabe de uma coisa, eu vou pegar e tomar o remédio. Eu tomei.

P: E você tomou o remédio por quê?

Elis: Porque para tentar se matar. [...] Quando eu entrei no CAPS minha mãe tava tomando de conta do meu remédio. Aí eu fui transferida pra cá. Ela parou. Ela disse: “Se vira!” (Inaudível). Já falou com ela, Solange [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço], Lorena [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço], pra ela ficar com o remédio, ela disse que não ia ficar.

P: Mas você... (Pausa). Como é que você queria que ficasse?

Elis: Assim, já que eu não tenho o direito de ficar com o remédio, ela [mãe] ficava e dava na hora certa. [...] Assim, as meninas [refere-se às profissionais do CAPS] disse que aqui eu não tenho o direito pra ficar com o remédio... [...] Porque eu posso tomar tudo. (Oficina 2)

Sofia se posiciona como uma pessoa limitada no que diz respeito à gestão do uso do medicamento e relata a falta de confiança por parte de si mesma e de sua mãe. Ela atribui essa falta de confiança a sua tendência suicida, aponta a preocupação com sua própria segurança e a necessidade de terceirizar o controle sobre o acesso aos medicamentos. Elis se posiciona de maneira próxima à Sofia, como alguém que depende de apoio. Embora em seu relato ela aponte a possibilidade de autonomia na gestão da medicação quando a mãe diz “se vira!”, sugere que

ainda depende do apoio dela para realizar essa administração, devido à sua tentativa de suicídio pelo abuso do medicamento. Elis, que em relato anterior posicionou-se como alguém que tem capacidade de receber e administrar o seu dinheiro, sugere uma limitação no que se refere à gestão da medicação.

O relato de Roberta, por sua vez, sugere a tentativa de autonomia em gerir e negociar o que lhe é prescrito:

Roberta: [...] Meu menino me internou no Hospital Doutor Edgley, lá no CAPS. Aí eu tomava Risperidona, Centralina, Aprazolam e Fernegan. Aí doutor Ronaldo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço] mudou toda minha medicação. Era pra mim tomar até o fim da vida, ele mudou. Aí eu fui reclamar, eu reclamei com ele, ele disse: “O médico daqui sou eu” e por isso mesmo ficou. [...] Aí eu disse: “Ana [nome fictício da irmã], vamos ver se a gente marca um médico particular pra gente mudar”. Aí ele não queria passar a Risperidona, não, aí a tia Rosa [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] olhou a papeleta e tinha Risperidona, sim, Aprazolam, Centralina e Fernegan. É tanto que um dia eu surtei. Era lá no Centenário [refere-se a um bairro de Campina Grande]. Aí quando, que eu ceguei, quando eu vi que ele mudou tudinho, eu tava cantando, de repente quando eu saí, saí chorando, aí o guarda disse: “O que foi?”, “**Eu não tomo! Eu não tomo! eu não tomo!**” (Indignação). [...] Aí, **surtei mesmo!** (Enfática). [...] Eu tomei amplictil, minha irmã achava pouco, dava três vezes ao dia. Eu dormia pra tomar e acordava pra tomar. Aí, eu ia pra igreja assim, **ó o jeito** que eu ia pra igreja [foi se levantando da cadeira para demonstrar como caminhava com dificuldade]. Mas eu ia. Eu fiquei muito mal, eu ia assim. Bem longe a igreja, mas eu ia. Assim **ó**: [Se levantou e andou arrastando o pé, com os braços estendidos e colados ao quadril, expressando a forma como ficou intoxicada pelo medicamento]. [...] **Eu não tava mais vivendo** (Enfática), eu praticamente não tava vivendo mais [...]. (Oficina 3)

Roberta relatou ter sofrido com os efeitos colaterais de uma medicação específica e buscou gerir e negociar o que lhe é prescrito quando disse ter reclamado com o médico, mas o profissional insistiu em manter a prescrição, estabelecendo, nesse sentido, uma relação de poder: “O médico daqui sou eu”. Ela enfatizou: “**Eu não tomo!**” e indicou ter interrompido o uso do medicamento. Roberta enfatiza ainda como os efeitos da medicação a prejudicaram: “**Eu não tava mais vivendo** (Enfática), eu praticamente não tava vivendo mais”. Ela ilustra a gravidade dos efeitos colaterais indicando que afetou a sua qualidade de vida. O seu relato sugere que ela busca tomar suas decisões, negociar, contestar e resistir às consequências sofridas.

Com a intenção de aprofundar a investigação sobre a autonomia, perguntou-se se eles tinham a chave de casa:

P (Pesquisador): Vocês têm a chave da casa?

Marília: Eu tenho.

Simoní: Eu ando com a minha.

Elis: Eu tenho. Tá até na bolsa.

Simoní: Ando com a chave da casa, ando com os meus documentos, ando com meu celular, sei fazer ligação, sei mandar áudio, só não sei ainda tirar foto, mas eu **chego lá** (Enfática). Que eu sou insistente, não desisto.

Roberta: A chave **de** lá, ele anda com a chave (Gaguejou).

P: Quem?

Roberta: Seu Jota [nome fictício atribuído ao marido de Roberta]. Anda com a chave.

Ele tem medo de eu fugir (Gaguejou), aí ele pega **esconde a chave** (Rindo). Aí eu acho.

Aí eu quero jogar o lixo, ele tá dormindo ali, eu acho a chave [...]. (Oficina 3)

A maioria dos participantes tem a sua chave e mesmo Roberta, que é limitada pelo companheiro no acesso, busca uma maneira de ter a posse quando precisa: “eu acho a chave”. O acesso à chave da casa pode ser um detalhe importante dentre tantas outras ações que remetem à liberdade e a autonomia.

Simoní apontou que, além de andar com a chave da casa e seus documentos, ela anda com o seu celular, ressaltando saber manusear algumas funções e outras não, mas enfatiza que pode aprender até a tirar foto. Considerando as múltiplas funções de um aparelho de celular e de sua importância na contemporaneidade, afirmar possuir esse aparelho e saber utilizá-lo também é uma maneira dela demonstrar sua capacidade e autonomia.

Um aspecto relevante encontrado nos resultados é a relação paradoxal entre a autonomia e o apoio familiar, que ora favorece e ora limita o exercício da autonomia dos participantes. Um exemplo disso é a já citada relação de Elis com sua mãe, que passa da tutela (em especial na gestão financeira) para a falta sentida por ela do cuidado materno:

P: E você queria receber o seu dinheiro?

Elis: Receber o meu dinheiro. Só que minha mãe diz que eu não tenho capacidade de receber. [...] Que o dinheiro da minha irmã eu recebo. [...] Assim, minha mãe recebe o dinheiro, aí, eu tava dizendo a... (Inaudível). Porque é assim, quando ela recebeu, deu o dinheiro do meu salário todinho pra minha irmã, e deu o cartão **de** compra coisa (Gaguejou), aí ela paga, comprou um Xiaomi, um celular, Xiaomi. [...] Com o meu dinheiro. E o cartão, que ela... Nem o remédio ela não comprou nesse dia, porque ela ia dar o cartão a minha irmã, pra comprar, pra parcelar **esse** celular (Gaguejou). [...] Aí eu peguei, fiquei assim desanimada. Aí eu disse assim, vim aqui, aí disse: “Tá faltando o **oleptil**”, aí minha mãe pediu a receita a doutor Ronaldo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço], aí quando eu cheguei em casa ela disse que não dava pra comprar, não, porque eu ia dar o cartão a minha irmã. (Oficina 1)

Em seu relato, Elis menciona que sua mãe diz que ela não tem capacidade de receber seu próprio dinheiro e indica uma restrição imposta à sua autonomia financeira, na qual sua mãe assume o controle sobre seus recursos econômicos. Não podemos desconsiderar que talvez essa transferência de responsabilidade seja imposta legalmente. Elis expressa desânimo diante dessa situação, porque suas necessidades e desejos não são considerados, pois pediu para comprar uma determinada medicação, mas sua mãe disse que não era possível comprar, o que indica um tipo de tutela que limita a sua autonomia.

Os diálogos também evidenciam a importância do apoio de algo ou alguém para que eles se sintam incentivados:

Simoní: Aí vai pegar meu remédio lá no CEDMEX [refere-se ao Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais], aí, pronto, só assim, que preciso dele [refere-se ao marido], porque assim quando eu vou para o sítio, que ele vai me levar lá na rodoviária e vai me buscar. E quando vou na minha tia, mas é lógico, se tem a moto, o senhor acha que eu vou a pé? Digo: “Bora me levar na minha tia, depois você vai me buscar”. Aí ele vai me levar e vai me buscar, somente isso. (Oficina 3)

Leonardo: O que me dá autonomia é Deus. Eu levanto pra fazer exercício físico, porque quando eu era jovem eu praticava exercício físico. [...] Fazia academia. Aí eu tenho uns equipamentozinho de academia em casa, sabe? Aí eu vou e faço. Faço um dia sim, um dia dois... Dois dias não. Um dia sim, um dia não. Aquilo me mantém de força, vivo de pé. (Pausa). Pois é.

Marília: Assim, eu acho assim. Sou mais incentivada, sim. Eu espero mais. (Inaudível). Ontem mesmo, meu marido pegou as últimas faxinas da casa, todinha. Aí ele me incentiva a fazer as coisas. [...] É bom. E disse: “Marília, vamos arrumar a casa, dar uma faxinada”. Aí a gente vai dar uma faxinada. Porque eu tinha minha filha, mas só que meu filho morava no primeiro andar, de cima, assim, do lado de minha casa. Só que ela [refere-se à filha] pega e deixa a bagunça toda lá em casa. (Oficina 6)

Nesses relatos apareceram outros fatores que fortalecem a autonomia: a importância das relações interpessoais, o cuidado da própria saúde e o apoio de outras pessoas. Cada participante atribui sua autonomia a diferentes fatores, demonstrando como essa experiência pode variar de acordo com as circunstâncias e as relações pessoais. Simoní afirma contar com o apoio do marido, que tem uma motocicleta, para buscar seu remédio e realizar alguns deslocamentos; no entanto, ela diz que “só assim” ela precisa, estabelecendo que as demais coisas ela consegue fazer sozinha. Já Leonardo atribui sua autonomia a Deus. Ele diz já ter frequentado academia

de ginástica e fala sobre sua prática de exercícios físicos em casa (faz um dia e dois dias não ou “um dia sim, um dia não”), indicando ainda um tempo ou uma pausa na rotina de exercícios, que o mantém forte e ativo. Marília aponta a influência positiva de seu marido em sua vida. Menciona como ele a incentiva a realizar as tarefas domésticas junto com ele e se sente motivada, indicando a expectativa e a valorização do apoio. Embora seja importante Marília ser motivada a realizar determinadas tarefas, não podemos desconsiderar nessa situação a questão de gênero.

Quando se perguntou sobre o que os ajuda na capacidade de fazer algo, os participantes responderam da seguinte maneira:

P: O que te ajuda na capacidade de fazer algo?

Simoní: De fazer minhas coisas? Jesus, que me dá capacidade de fazer minhas coisas e aqui o CAPS. Primeiramente Deus e o CAPS. Quando eu me lembro que eu passei já **tudo** aqui (Enfática), que eu passei tudo, aí eu me lembro, primeiramente Deus, segundo o CAPS, que me ajudou até hoje [...].

Marília: É Deus, assim, Deus em primeiro e (Inaudível), porque se não, se eu soubesse que dona Adriana [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] não tinha vindo, eu não teria vindo...

P: Mas como que é pra você tá aqui sem ela?

Marília: Eu tô um pouco à vontade por causa de vocês, assim, porque eu já conheço. Mas eu fico com medo.

P: Quais atividades aqui no CAPS ajuda vocês na capacidade de fazer algo?

(Silêncio).

Simoní: Olhe.

Leonardo: Professor, pra te falar a verdade está sendo essa.

Simoní: É! Essa daqui.

Leonardo: Não é querendo tirar o mérito das outras pessoas não.

Simoní: E o professor no...

Leonardo: O professor Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço].

Simoní: Somente.

Leonardo: De alongamento. Faz a parte dele, né? De fazer o alongamento. É muito bom o alongamento que ele faz, as explicações que ele nos dá, que ele nos passa. Mas, fazer algo a mais, tá sendo isso aqui. [...] O professor Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço] é que nos instrui a como dar entrada em Benefício. O professor Paulo é que ensina como agir com as meninas [refere-se às profissionais do serviço] **da** recepção (Gaguejou). Nada disso é passado pela TR [Técnico de Referência]. (Oficina 6)

Os relatos demonstraram que eles possuem vínculo com o CAPS e que este os ajuda a fomentar a própria capacidade, ainda que não seja da forma que se espera de um serviço de atenção psicossocial. Associaram ainda a importância do vínculo com os profissionais, atribuindo a eles o apoio necessário para realizar as atividades e receber orientações. Simoní e Marília ressaltam a importância da experiência religiosa, mas logo apontam o CAPS como uma referência de cuidado. Simoní lembra do que já passou, indicando que o serviço a ajudou em seu caso. Já Marília aponta ter uma forte referência com uma determinada profissional, e esta parece sustentar sua ida e permanência nas atividades das quais participa no CAPS.

Depois, quando questionados sobre as atividades do CAPS que ajudam na capacidade de fazer algo, houve um silêncio, inicialmente, mas, em seguida, Leonardo diz que um profissional específico é responsável por instruí-los: “O professor Paulo é que ensina como agir com as meninas [refere-se às profissionais do serviço] **da** recepção (Gaguejou)”. Ele indica que, a partir da relação com esse profissional, considera-o um possível TR. Esse vínculo que os usuários constroem com o serviço é considerado um dos pontos importantes para a construção do que é proposto pelo PTS.

4.2 Autonomia e o Projeto Terapêutico Singular

4.2.1 “Projeto sei lá o quê”: “Singular. Não sei nem o que é”

Perguntou-se aos participantes se foi apresentada a eles a proposta do Projeto

Terapêutico Singular (PTS); os relatos denotaram que este termo não lhes é familiar, conforme os diálogos a seguir:

P: E foi apresentado pra vocês um projeto que chama Projeto Terapêutico Singular?

Leonardo: Não.

Simoní: O que é isso?

P: Vocês sabem?

Leonardo: Não.

Roberta: Sei não.

Leonardo: Mas devido aqui a fotografia [refere-se à oficina] ou o CAPS?

P: Do CAPS.

Simoní: Sei não.

Leonardo: Como é o nome?

P: Projeto Terapêutico Singular.

Simoní: Singular. Não sei...

Leonardo: Projeto Terapêutico Singular.

Simoní: Singular. Não sei nem o que é.

PA: **PTS** (Sussurrou).

P: É, chama de PTS, ou projeto de cuidado de vocês aqui, que é construir... Geralmente é a equipe ou o profissional fazem com vocês. Desde o início da chegada de vocês.

Simoní: **Uhn Uhn** (Negou). Professor [TR] não faz, não. [...] Hoje eu vou passar o dia pensando nesse nome aí que o senhor disse. Esse nome estranho.

P: Projeto Terapêutico Singular.

Simoní: Sim, Projeto sei lá o quê...

Leonardo: Terapêutico Singular. (Oficina 4)

Os diálogos versaram sobre as dificuldades dos participantes em articular o termo ‘Projeto Terapêutico Singular (PTS)’ com a autonomia nos seus projetos de cuidado e como este se relaciona com as atividades e o funcionamento do CAPS. A profissional de apoio tentou sussurrar a sigla para eles e, mesmo o pesquisador buscando dar pistas, não identificaram o que seria o termo ‘PTS’. Houve, ao contrário, um estranhamento e curiosidade: “hoje eu vou passar o dia pensando nesse nome aí que o senhor disse. Esse nome estranho”.

Buscando dar seguimento à investigação sobre os sentidos que constroem sobre o PTS, procurou-se utilizar outras expressões para favorecer o diálogo, comparando, por exemplo, o PTS com o roteiro de um caminho a ser construído no processo de cuidado:

P: [...] Como que é a sua participação nesse início?

Simoní: Assim, meu início, eu comecei do zero, que eu fui pra médica, a médica, enfermeira, que eu tava com depressão, aí a enfermeira me encaminhou pra cá. Aí começou do zero. Passei pela psicóloga, aí ela já foi me botou direto pra doutor Ronaldo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço]. Aí tem um papel assim, aí doutor Ronaldo, **é tipo uma papeleta**, como é o nome? (falou pausadamente). Eu sei que é um papel assim, aí comecei por esse papel, aí ali doutor Ronaldo anota tudo, os remédios, eu sei a medicação que eu tomo, se eu tomo muita água, essas coisas tudo ali anotado. Doutor Ronaldo anota ali e a consulta é de três em três meses que eu venho pra ele. Só que era pra ser dia vinte e quatro, aí eu perdi, aí eu **vou** pra ele terça-feira, doutor Ronaldo (Gaguejou). É, terça-feira eu vou pra ele, tia Maria [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] botou eu pra terça-feira. Aí se chama, significa começar do zero. (Oficina 7)

P: [...] Mas que seria o quê, o que que é o Projeto Terapêutico Singular? (Gaguejou). É como se fosse, quando você chegassem aqui no CAPS, e fosse definido um roteiro de qual caminho seguir. E nesse caminho, que o projeto, seria assim, o que você espera pra esse caminho, em quanto tempo cada coisa que você espera, você tem a necessidade, gostaria que fosse realizado, e quais pessoas participam desse roteiro, seja os

profissionais dos serviços, seja familiares, e se vocês têm a liberdade de escolher [...].

Simoní: Eu acho assim, pra oficina, a gente tem que assim, a gente não tem, pronto, vamos supor, eu venho pra, quando eu venho, tô com depressão, tal, tal, tal. Pula essa parte. Essa parte já tá cheia. Aí quando eu vim, ou então, aí assim, vai para a oficina, porque ali era a oficina com o professor Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço]. Aí não pergunta que oficina a gente, **que** a gente quer (Gaguejou). A oficina que a gente quer se **encaixar**, que você se encaixa (Gaguejou). Aí eu fui para uma bendita oficina de pintura, que eu não me encaixei. Não me encaixei na oficina de pintura. Ótimo. Aí tem outra oficina de fuxico, piorou, não deu certo, não dá pra essas coisas. Aí tem uma oficina que é com tia Eva [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço], é a que eu me encaixo, porque tem uma amiga, tem uma colega minha. Pronto, essa aí que eu me encaixo. Aí eu acho assim, que, assim, a gente podia ter a assistente social, conversar com a gente, fala assim: “Ó, vai ter o grupo pra vocês tal, tem o grupo ‘X’, será que, você quer?”. Eu, assim, eu se eu **fosse a assistente social**, eu fazia assim (Gaguejou). Conversava com, assim, com a gente, com os usuários, pra saber o que eles queriam fazer. Eu mesmo, eu amo a oficina de Movimento. Eu gosto de ficar movimentando, mas pra minha infelicidade eu não posso mais, tem que ficar assim parada no canto. Assim, que viesse outras coisas, como o senhor veio, Jesus trouxe, que visse mais coisas pra gente trabalhar, mas...

Elis: Mas tem a oficina de teatro, que eu participava, agora não tem mais.

Simoní: (Inaudível). Eu tô falando.

Elis: Eu gostava demais de fazer teatro.

Simoní: É essa aí que eu tô falando, que era pra ter mais coisas, ó, se o Seu Thiago [referindo-se ao pesquisador] não tivesse vindo, a gente não ia... ele **que** (Gaguejou), Jesus trouxe ele e só, só tem essa oficina aqui, essa oficina (Inaudível).

Leonardo: Eu tava tentando voltar ao estudo lá perto de casa, mas não consegui, não, porque eu tava calmo, calmo, quando (Inaudível). Acelerava meu coração, o juízo já desatinava, já. Aí eu já ficava pensativo demais, agitado, aí eu deixei de estudar. Eu fiz até a quarta série, sabe, primário? Ensino fundamental, né? Quarta série? Pronto. Aí eu tava estudando lá, parece que não entrava as coisas direitinho, bem, não consegui não. Aí eu deixei pra lá. E eu era bom, porque era de tarde. Que era à tarde.

Elis: O meu é à noite. Andreia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] que me encaixou lá na escola.

(Silêncio). (Oficina 8)

Sobre a participação e escolhas no projeto de cada um, apesar de restar evidenciado que a decisão fica a cargo dos profissionais, os participantes relataram maneiras diferentes de tentar ter voz nesse processo. Simoní diz que “começou do zero”, por um “papel” utilizado na consulta com o médico do CAPS, após a enfermeira encaminhar o seu caso. Ela relata que tudo relacionado ao seu projeto é escrito nesse papel. Em outro momento, fala sobre as escolhas referentes às oficinas, contando que testou algumas delas e se “encaixou” em uma, mas em outra, a “bendita oficina de pintura”, ela não se “encaixou”. Esses relatos exemplificam a busca de Simoní por participar da decisão sobre quais atividades realizar no serviço, aproximando-se do que é proposto pelo PTS, na medida em que sua construção envolve a participação e protagonismo do usuário. Ainda que não esteja formalizado no CAPS, Simoní e Elis falaram das oficinas que poderiam ser ofertadas, como a de teatro, que não está mais disponível no serviço, e Leonardo sugeriu em seu relato que estudar e acessar a escola pode fazer parte do seu PTS.

4.2.2 PTS em cena: “ela não participa, não, da decisão”

Na quinta oficina foi proposta a criação de um roteiro de um caso fictício sobre o PTS de uma pessoa que precisou acessar o CAPS. Nesse roteiro eles criaram dois personagens, usuários do CAPS, e dois personagens profissionais do referido serviço, e encenaram cada um desses. Nesses diálogos, foi possível identificar o modo como o serviço funciona para eles, a forma como realizam os atendimentos profissionais, e como são ofertadas as oficinas:

Leonardo: Ela [personagem Kely – usuária] não vai passar pela enfermeira ainda? [...] Geralmente passa...

Elis: Primeiro pela enfermeira...

Leonardo: Primeiro a enfermeira, depois o psicólogo. [...] O acolhimento. [...] Só a enfermeira. (Pausa). Aí já tem a assistente do médico.

Roberta: “Ah, sim. Você vai fazer a oficina, aí depois da oficina...” [...] “Vai fazer oficina...” [...] “Vai fazer pintura (Inaudível). Professor pra fazer pintura. E assistir à oficina fazer bem direitinho pra fazer pintura. Quer fazer pintura. Você gosta de pintura?” [personagem enfermeira falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: “**Não**” [...] “Eu odeio pintar” (Enfática). [personagem Kely – usuária – respondeu para a personagem enfermeira] (Encenação).

Roberta: “Então vou dar aula de dança, você vai dançar comigo, aí você vai gostar. Você vai pra oficina de dança, pra você dançar (Inaudível)” [personagem enfermeira falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação). (Oficina 5)

Os relatos indicaram como as atividades são apresentadas e definidas para eles. Roberta relacionou as atividades com o atendimento psicológico:

Roberta: Ah, é pra tratar o paciente é? Pronto. Eu posso ser psicóloga? [...] “José” (Rindo). “Como é que tu tá?” [...] “E tua mãe?” [...] “Tu é bem tratado?” [...] “Dorme bem?” [...] “Come bem?” [...] “E o medicamento toma que horas?” [...] “Toma? Tua mãe que dá ou toma sozinho? Tua mãe dá ou tu toma só?” [personagem psicóloga perguntou para o personagem José – usuário] (Encenação). [...] “Aí você vem pra mim, aí conta tudo que tá se passando na sua vida. Aí você não pode contar pra ninguém. Pra ninguém mesmo. Eu vou guardar segredo pra você. Se você contar pra pessoa você vai

fazer confusão, entendeu?” [...] [personagem psicóloga falou para o personagem José – usuário] (Encenação). (Oficina 5)

Reunindo dois casos fictícios encenados por Elis, no primeiro como enfermeira e no outro como usuária, os diálogos apresentaram a maneira como as atividades são definidas:

P: A enfermeira tem algo a abordar, a fazer com José [personagem – usuário]?

Elis: “Só o remédio e a injeção” [...] “Tem teatro, tem dança, tem bijuteria, tem pintura, tem um bocado de coisa” [personagem enfermeira] (Encenação).
(Silêncio).

P: E como que é... e como que é definida essas atividades, no caso com o José [personagem – usuário]?

Elis: “Aí junta a equipe, a equipe se reúne e vê em qual momento que vai ficar” [personagem enfermeira] (Encenação).

P: Como é que, no caso como é feito aqui? Kely [personagem – usuária] participa dessa decisão, ela decide também ou não?

Elis: Ela não participa, não, da decisão. [...] Se a gente for decidir aí não vale nada. É eles que decidem. Vale não. [...] Porque é uma regra que tem, em todos os CAPS. **O usuário** é... (Gaguejou). Os usuários não decidem, só os profissional. [...] A gente tem **que é** confirmar (Gaguejou). [...] Tem que aceitar. (Oficina 5)

Durante a realização da oficina, de forma reiterada, os diálogos apontaram que a participação na definição do projeto de cada um é limitada, como quando Elis responde que a personagem que ela encenou fica limitada na escolha e decisão: “Ela não participa, não, da decisão”. Ela diz que a decisão deles não é considerada, justificando que “é uma regra que tem”. Contrariando o que está estabelecido na proposta do PTS, os relatos sugerem que o projeto é feito para o usuário e não com ele, restando para eles “confirmar”, “aceitar” a decisão, pois “os usuários não decidem, só os profissional”.

Outros relatos, reunindo ainda os dois casos encenados, também destacaram a centralidade da medicação e a participação limitada dos usuários nas decisões referentes aos seus projetos, além de não estar explícito o papel do Técnico de Referência (TR):

Leonardo: “Enfermeira, assim, em questão de falta de medicação, o que que eu posso fazer?” [personagem José – usuário – perguntou para a personagem enfermeira] (Encenação).

Elis: “Vai ter que ir pra consulta” [personagem enfermeira respondeu para o personagem José – usuário] (Encenação).

Leonardo: “Não, mas tá vindo para as consultas, só que tá faltando a medicação” [personagem José – usuário – falou para a personagem enfermeira] (Encenação).

Elis: “Aí pega a receita” [personagem enfermeira falou para o personagem José – usuário] (Encenação).

Leonardo: “**Vai** fazer receita pra comprar, é?” (Gaguejou). “Todos os remédios?” [personagem José – usuário – perguntou para a personagem enfermeira] (Encenação).

Elis: “Não, tem remédio que tem aqui” [personagem enfermeira respondeu para o personagem José – usuário] (Encenação).

Leonardo: “Ela obriga você tomar remédio. Você acha isso certo ou não certo?” [...] “Uhun. Mas, se você não tomar o remédio não vai ser pior?” [personagem psicólogo perguntou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: “É, que vou ser internada no Maia” [hospital psiquiátrico]. [personagem Kely – usuária – respondeu para o personagem psicólogo] (Encenação).

Leonardo: “Você achou bom ser internada no Maia? Não?! Então é claro que você tem que tomar o remédio daqui pra frente, né?! Vou passar um remédio pra você, pra você tomar. Primeiramente, passa os remédios que você tem aí pra mim...” [...] “Que é para eu poder passar o remédio que vai controlar, que vai acabar com essa sua ansiedade”

[personagem psicólogo falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: Não, **você** fala com o médico (Gaguejou). O médico que prescreve.

Leonardo: Fazer o médico? [...] “Eu vou passar uma medicação pra você, pra você ficar boa, daqui quinze dias você retorna novamente, e vamos ver como é que vai ficar, né?, daqui pra frente. Então você toma a medicação de oito em oito horas, e vamos ver se você vai ficar boa” [...] [personagem médico falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Roberta: (Gargalhou). “E a medicação que o médico passou tá dando certo?” [personagem enfermeira perguntou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: “Tá” [personagem Kely – usuária – respondeu para a personagem enfermeira] (Encenação).

Roberta: “Você toma direito? Ou tá mentindo?” [personagem enfermeira perguntou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: (Riu).

Roberta: “Tu tá mentindo. Tu tá mentindo, não tá? Você não toma, não. Você finge que toma e joga fora. Não faça isso não, viu? Se não você vai ser internada. Vai! Sem tomar o remédio é pior. Lá no internamento é pior, porque você fica vendo as pessoas pior do que você, você fica pior. É melhor você tomar a medicação e não ser internada. Se você tomar direitinho não dá crise de jeito nenhum. Você consulta. Nem precisa tá dando trabalho a ninguém. Tomando na hora certa, do jeito que é mandado, você fica boa [...] Ó, eu vou botar você bem quietinha na cama, dar a sua medicação. De vez em quando vou lá dar uma olhadinha vê se você tá quietinha, dormindo. Aí você não pode se levantar pra canto nenhum, a não ser no banheiro e lanchar. E se você desobedecer bem muito, aí dou uma injeção, você vai dormir, dormir. Aí quando você acordar você vai perceber que tá dopada e alguém lhe deu uma injeção forte. Porque você tá teimando.

Aí você levou uma injeção **bem forte**, pra você dormir até... (Enfática). Aí quando você... Aí você não vai teimar nunca mais, porque você não gostou, ficou dopada. Se você teimar. Tem **que** obedecer o hospital (Gaguejou). A enfermeira vai dar uma injeção em você. Aí você dá... Leva uma injeção, aí vai dormir. Vai ter que ficar bem quietinha, obediente pra... Se não ela se zanga com você. Ou ela vai dizer ao médico que: “Ah, ela é muito agressiva”. Aí o médico vai aumentar a sua dose de medicação. Aí você nem vai lanchar, porque ele vai passar uma dose bem forte pra você, que você vai sentir diferente. Bem diferente. Assim, o seu jeito de ser, a maneira de andar, de falar, muda tudo depois da medicação forte. Aí você tem que obedecer, viu? Você obedecer bem direitinho aí fica tudo bem” [...] “Tu faz dança, crochê?” [personagem enfermeira perguntou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: “Não sei” [personagem Kely – usuária – respondeu para a personagem enfermeira] (Encenação). (Oficina 5)

Mesmo que haja a centralidade da medicação no CAPS, os relatos apontam que é recorrente a falta de remédios no serviço, restando para eles comprarem. Além disso, foi possível perceber que eles associaram a utilização do medicamento a um tipo de controle, e também a uma forma de garantir que a pessoa não tenha uma “crise”. Nesse sentido, Leonardo indica que se a usuária não tomar o remédio a situação dela pode piorar. Roberta ilustra como a medicação é utilizada para controlar determinada resistência do usuário ao “tratamento”: “Se tu não tomar a medicação, surta, interna [...] Ó, eu vou botar você bem quietinha na cama, dar a sua medicação”. Há ainda relatos de que a medicação é prescrita para quem desobedecer: “Aí você tem que obedecer, viu? Você obedecer bem direitinho aí fica tudo bem”. Esses relatos possibilitam pensar que não obedecer às prescrições pode resultar em consequências negativas, como a administração forçada de medicamentos, bem como o uso da força, a fim de estabilizar o sujeito, exercendo um controle sobre ele: “Aí você levou uma injeção **bem forte**, pra você dormir até... (Enfática)”. Nesse trecho, nota-se que a aplicação de injeções fortes para induzir o sono ou controlar o sujeito sugere uma contenção mais autoritária em relação à administração da medicação.

Esses diálogos apontam que há a busca de remissão de “sintomas” e “doença”, através da medicação, sugerindo que o serviço está mais alinhado ao modelo biomédico de saúde, que trata os problemas de saúde mental como doenças a serem curadas, distanciando-se, desse modo, de um modelo de atenção psicossocial, que pressupõe uma atenção multidisciplinar, que tem como foco o fortalecimento do protagonismo e da autonomia do sujeito.

Assim sendo, os diálogos denotam que o CAPS não utiliza a proposta do PTS, considerando que a participação e o protagonismo dos usuários são bases para que o projeto possa ser desenvolvido.

4.2.3 “Sabe o que a gente tá precisando?”: limitação e potencialidade do PTS

Quando se perguntou se eles tinham Técnico de Referência (TR), alguns disseram que tinham:

P: Vocês têm Técnico de Referência?

Simoní: O meu é professor Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço].

Roberta: Essa! Como é?

Leonardo: O meu eu não sei quem é, não.

Roberta: É T. Eu esqueci agora, é porque, é a TR é?! (Gaguejou).

Simoní: É, TR.

Leonardo: É TR.

Roberta: Eu também não sei, não...

Leonardo: Desde de quando eu entrei aqui que eu não sei quem é a minha não.

Simoní: Eu sei. O meu professor [refere-se a um profissional do serviço] é desde lá do outro... Do outro CAPS. [...] Aí a coordenadora, disse assim... aí eu disse... era loirinha, aí eu disse: “Ó, eu quero que meu coordenador seja o professor”. Aí ela disse assim: “Ele quer?”, aí eu disse: “**Quer!**” (Enfática). Eu não tinha nem falado com o professor, aí ela disse: “Professor, você vai ser meu TR?”. Aí eu voltei lá e disse: “Professor **aceitou!**” (Rindo). Foi lá do outro CAPS. [...] Porque assim, eu tinha um TR, aí ele fez

um negócio aí Federal, aí passou, foi simhora. Aí, tinha um... Eu fiquei com um TR galeguinho, sem ser, eu só via ele, era cem anos sim, cem não. Aí por causa disso, meu professor não, tô vendo ele direto, na oficina. Aí, eu fui, **falei** (Enfática). Aí ele (Inaudível) também. (Pausa). (Oficina 4)

Leonardo: O professor Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço] é que nos instrui a como dar entrada em Benefício. O professor Paulo é que ensina como agir com as meninas [refere-se às profissionais do serviço] **da** recepção (Gaguejou). Nada disso é passado pela TR.

Simoní: O meu TR é ele.

Leonardo: Eu mesmo não tenho TR, eu não sei nem quem é a minha TR, eu vou procurar saber hoje.

Simoní: O meu é ele. É por isso que eu digo: “Professor, assim, assim, professor, assim, porque ele é meu TR”.

Marília: A minha [Técnica de Referência] é Bia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] (Inaudível).

Leonardo: Aí... Ela que devia chegar até a gente: “Quem é teu TR?”, fulano de tal, “tá precisando de alguma coisa? De algum auxílio? Tá gostando de alguma atividade? Qual atividade a gente poderia implantar aqui no CAPS? [...]”. (Oficina 6)

Elis: [...] Era Carla [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] minha TR, que saiu. Aí passou pra Andreia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço]. Andreia disse que não dava certo eu ficar só em uma oficina, aí passou pra terça e quinta [...]. (Oficina 8)

Em relação à figura do TR, enquanto Elis e Simoní conhecem o seu, Leonardo e Roberta relataram não saber quem é o deles. Simoní valoriza a proximidade e a relação que estabeleceu com seu TR (“O meu professor”), a ponto de resolver tudo relacionado ao CAPS com ele. Já

Elis relatou a troca da TR e sugeriu que esta decidiu em quantas oficinas ela ficaria: “Andreia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] disse que não dava certo eu ficar só em uma oficina, aí passou pra terça e quinta”. Nesse sentido, ela aponta que a decisão foi tomada pela profissional e não por ela.

Quando questionados sobre a escolha das atividades das quais eles participariam no CAPS, disseram que os profissionais escolheram e os relatos versaram novamente sobre se encaixar ou não em determinada oficina e, ainda, a expectativa por outras atividades não ofertadas pelo serviço:

Simoní: A minha foi o meu professor [refere-se a um profissional do serviço], porque eu gostava de dança. Aliás, gosto, né? Nem gosto de pintura, só gosto de dança, mas tem a outra, que é de tia Livia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço], eu gosto porque eu já conheço a... as meninas eu já conheço. Ah, porque assim, a oficina da professora, a bichinha é muito boazinha, só que os alunos parece que tão morto, sabe, (Inaudível) aquele negócio morto, Deus me livre. Gosto de coisa animada. Aí eu disse: “Professora, minha filha, eu não me encaixo na oficina de pintura, não”. Aí ela disse: “O professor já falou”, eu disse: “Vou ficar na oficina de tia Livia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço]”, porque é de quinze dias também, e é de manhã também, pronto, eu vou sair daqui, aí vou pra ela e vou simhora. É porque eu não me encaixo.

P: Essa outra aí é qual oficina?

Simoní: **De Beleza** (Empolgação). Então... essas coisas... é porque eu não gosto. **Gosto, não. Gosto, não** (Enfática). Aí pronto.

P: Não gosta de quê?

Simoní: De fazer sobancelha, essas coisas eu não gosto, não. Aí pronto, eu tô na Oficina de Beleza, porque eu tenho minha amiga Jéssica [nome fictício atribuído a uma usuária do serviço]. Desde lá do outro CAPS. Aí a oficina daqui a professora [refere-se a uma profissional do serviço] é bem boazinha, a bichinha, mas os alunos tudo esquisito, não

fala com a pessoa, digo: “Pera aí, já não gosto de pintura mesmo, já não me encaixo aqui, já é um ponto pra eu sair”. (Pausa). (Inaudível). Eu não gosto de pintura não. Eu gosto assim... (Inaudível). **Que é movimentada** (Empolgação). (Inaudível). [...] Agora, movimento e conversar é comigo mesma. E atender cliente.

Marília: Sim. Foi quando eu cheguei aqui, aí a coisa que escolheu foi tia Bia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço]. Pegou e falou que era bom eu participar da oficina de Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço]. Aí ela ia escolher um psicólogo, aí ficou falando da psicóloga que ia ser. Aí eu perguntei se Adriana [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço] tava aqui, ela disse que tava, pois eu quero fazer com ela.

Roberta: É bom. Gosto da oficina. [...] Era à tarde, com outra... Eu não me lembro o nome da pessoa, não. Aí passei pra manhã.

P: E fazia o quê?

Roberta: Dança. De tarde também tinha dança. Botava forró, a gente dançava. Mas eu... Aí eu tive que passar pra de manhã. Aí eu passei pra de manhã com o professor Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço]. Eu gosto. Gosto. Dos exercícios, eu gosto. Eu (Inaudível). Eu gosto de tudo.

Simoní: Sabe o que a gente tá precisando? **De um passeio** (Empolgada). Pra praia. Se o Prefeito desse o ônibus. Desde lá do outro CAPS [referindo-se ao período em que foi acompanhada pelo CAPS II] que era pra gente ir pra praia. Nossos dentes vai brilhar, vai encalçar **e a gente não vai pra praia, homi** (Insatisfeita).

Leonardo: A gente vai **até o Parque da Criança** (Rindo). (Oficina 4)

[...]

Leonardo: Foi definido que tinha a física [refere-se à atividade física], tinha o teatro, tinha... Para as mulheres tinha a manicure, tem broche, tem... [...] Bijuteria. Para o

homem mesmo tem só a dança... (Oficina 5)

Simoní: Só... fui pra oficina dali **de** pintar (Gaguejou), me deu um nervoso, que ela [refere-se a uma profissional do serviço] viu logo que eu não ia... “Tu não encaixa, não”, eu digo: “Não, não me encaixa não”, me deu logo uma agonia no juízo, eu digo: “Olhe, professor [refere-se a um profissional do serviço], pelo amor de Deus, eu não vou mais pra oficina de pintu... de coisa não, que eu não me encaixo”. Aí saí, tô esperando a outra oficina, que já faz tempo, desde o ano passado que eu tava (Inaudível). Que eu me encaixo, porque tem uma amiga, colega minha. Aí pronto. Aí essa eu vou ficar, porque é de pintura de unha, de coisa de beleza, e porque tem minha amiga lá, e eu me encaixo. Mas a gente não tem, assim, um passeio. A gente não tem um piquenique. Assim, outra coisa diferente sem ser essa daqui. Foi Deus que mandou o senhor trazer essas coisas novas pra gente, porque a gente... coitada d’eu. De nós, né amigo? (Pausa). Só... só mesmo... só aqui com o professor.

Marília: (Inaudível). Ensinar a tirar foto. (Oficina 6)

Elis: E eu disse a ela se voltar a de teatro, eu quero que ela me bote de novo, que eu gosto muito. [...] Não, mas é isso que tava dizendo a Andreia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço], porque se voltar era bom, que a gente fazia, tá entendendo? Eu gosto demais da oficina de teatro. (Oficina 8)

Novamente, eles relataram que os profissionais decidem quais atividades eles devem fazer. Marília diz: “foi quando eu cheguei aqui, aí a coisa que escolheu foi tia Bia [nome fictício atribuído a uma profissional do serviço]. Pegou e falou que era bom eu participar da oficina de Paulo [nome fictício atribuído a um profissional do serviço]”. Os relatos demonstram que o protagonismo é pouco fomentado, mas os usuários buscam negociar, encontrar algo de seu interesse, ainda que seja decidir sobre se encaixar ou não se encaixar em determinada oficina e atividade. Exemplo disso é quando Simoní diz: “Professora, minha filha, eu não me encaixo na oficina de pintura, não. [...] É porque eu não me encaixo”. Deste modo, eles buscam exercer a autonomia e resistir, se posicionando de forma contrária ao que é decidido para eles. Nos

diálogos também surge a demanda por oficinas de que eles gostem e que não são ofertadas pelo serviço, sugerindo pouca articulação do serviço com as atividades de interesse deles: “E eu disse a ela se voltar a de teatro, eu quero que ela me bote de novo, que eu gosto muito” (Elis). Os relatos apontam também para uma inexistência de articulação do serviço com outros serviços e espaços na comunidade ou território.

Outros diálogos apontaram que os familiares dos participantes foram consultados em relação ao que é ofertado pelo serviço, mas eles, não, contrariando o que é proposto pelo PTS:

Elis: O meu foi feito com minha mãe. Eu fiquei fora, lá no outro CAPS. [...] Aqui... Assim, passaram pra minha mãe, minha mãe passa pra mim, e eu fiquei vindo para as oficinas. [...] Passaram para eu vir para as oficinas duas vezes ao (Inaudível). Aí pediu para eu não faltar a consulta. [...] Foi passada para eu vir na terça e na quinta à tarde, de dança. Só o que eu lembro era isso. [...] Pra minha mãe. Pra minha mãe me lembrar para eu vir. [...] Porque eu não tava muito a fim de... Porque, assim, minha família diz que quem faz tratamento no CAPS é doido. Aí eu fiquei, assim, meio lá meio cá. Aí depois eu fui me acostumando, me acostumando, e aceitei o tratamento, porque eu precisava do tratamento. Só que eu lembro **é isso** (Suspirou).

(Silêncio).

Roberta: Minha irmã me levou, aí disseram que eu ia ter que ficar na oficina. [...] Assim, minha irmã botou eu no CAPS, aí eu tinha que fazer as oficinas com Romeu [nome fictício atribuído a um profissional do serviço]. Era oficina de dança. E toda vez eu vinha. Eu vinha. Toda vez, sozinha. Ela [refere-se à irmã] não me acompanhava, não. Era só no dia da consulta. E quando tinha reunião. Tinha reunião. Aí eu gostava muito, o Romeu [nome fictício atribuído a um profissional do serviço] botava **a** (Inaudível) de São João. Gostava muito de forró. Aí ele botava forró no São João. Aí criou a Quadrilha. Aí tinha a Quadrilha, quando ia para o Parque do Povo era tudo... Jumentinho tudo enfeitado, passava pelo Centenário [refere-se a um bairro de Campina Grande] tudinho.

Eu era cigana, eu gostava que só. Aí a gente rodeava lá pelo Centenário, voltava para o CAPS de novo. Aí tinha um sanfoneiro tocando, aí a gente continuava dançando. (Oficina 5)

Esses diálogos evidenciam a importância das oficinas e atividades desenvolvidas no CAPS, como também a necessidade de uma maior participação e envolvimento dos usuários para que se sintam mais integrados e engajados em seu projeto de cuidado. Os diálogos apontam que as responsabilidades foram transferidas aos familiares. Elis mostra uma certa distância em relação ao seu projeto no CAPS, ao mencionar que foi feito com sua mãe e que ela “ficou fora”, o que indica uma falta de incentivo da autonomia e do protagonismo da usuária, pois seu projeto foi definido antes pelo serviço, restando a ela cumprir ou não. Elis se adapta de maneira gradual ao que já foi decidido: “Aí depois eu fui me acostumando, me acostumando, e aceitei o tratamento”. Roberta mostra um envolvimento maior com as oficinas realizadas no CAPS, especialmente a de dança, e diz gostar muito das atividades relacionadas à tradicional festa do São João, como a Quadrilha. O diálogo assinala a importância da articulação do serviço com a cultura e a arte, ampliando as possibilidades de trocas sociais e do acesso à comunidade e ao território. Embora diga que vai sozinha para a oficina – o que indica certa autonomia – ela diz que sua irmã “botou” ela no CAPS, e ela teria que “ficar na oficina”, sugerindo que houve uma imposição externa e obrigatoriedade em relação à participação nas atividades do serviço. Esses relatos parecem contrariar mais uma vez o que é proposto pelo PTS, já que este valoriza a participação ativa e a autonomia dos usuários.

4.3 Posicionamentos identitários construídos pelos usuários do CAPS III

4.3.1 “Eu tenho capacidade, sim”: “a gente somos capazes”

Os participantes se posicionaram como pessoas que não são “doidas” e, sim, como pessoas que têm capacidade. Simoní enfatiza isso:

Simoní: (Inaudível). (Chorou). **Eu não sou doida** (Chorou)... (Inaudível). (Chorou). **Venho pro CAPS. Vou fazer minhas coisas** (Chorou). (Pausa). (Chorou). **Eu faço tudo, doutor** (Chorou). [...] **É só isso** [dizer que ela é “doida”] **que me machuca**

(Chorou). (Pausa). (Oficina 1)

[...]

Simoní: [...] Assim, eu tomo meus remédios, boto cada qual em uma caixinha, eu sei tomar... Só que às vezes eu esqueço, que tô com problema de esquecimento, acho bom que às vezes meu esposo lembra: “Tomou remédio?”, aí eu digo: “Não”. Aí eu vou e tomo. [...] É assim, eu acho que às vezes é bom, assim, pra lembrar a gente... Eu, lembrar eu, assim, sobre a medicação. Que às vezes eu esqueço, não tá assim pegando no pé. Eu não venho para aqui só?! Sei pegar um ônibus, vou pra rua, para centro.

Roberta: [...] Aí eu disse se chamar eu de doida de novo eu vou mimbora. Eu não fico aqui não mais, não. Eu não gosto que ninguém me chame de doida, eu não sou doida. Me chama sua doida, **não me chame de doida, não** (Enfática). Eu não gosto, não [...].

(Oficina 2)

Simoní: Diz logo: “CAPS III para viver”. Xispa daqui. Diz logo, vão querer maluco? [...] Vai. Era pra dar oportunidade a nós. Bora dar mesmo. Não querem nem dar aos (Inaudível). Vai dar a nós. Só que a gente tem mais capacidade que certo que tem, que não toma medicação, a gente tem... [...] **Eu tenho capacidade, sim**, tomando meu remédio, é porque não dá chance, eu tenho capacidade (Enfática). [...] Todos nós temos capacidade. (Oficina 3)

Nesses relatos se apresentam posicionamentos identitários de resistência à estigmatização e aos rótulos. Os participantes manifestam sua capacidade e autonomia, e desafiam as visões limitadas da sociedade em relação à saúde mental, contrapondo-se à visão de que sujeitos em sofrimento psíquico são incapazes. Desse modo, Simoní expressa sua frustração ao afirmar chorando: “Eu não sou doida”, e enfatiza sua capacidade ao dizer: “Eu faço tudo, doutor”. Ainda que ela relate precisar de ajuda, a exemplo de ser lembrada algumas vezes pelo seu companheiro de tomar o medicamento, diz que sabe andar na rua e acessar lugares na cidade, pois se posiciona como uma pessoa ativa, que sabe cuidar de si mesma. Simoní é enfática ao pontuar de maneira reiterada a falta de oportunidade: “era pra dar

oportunidade a nós”. Roberta também expressa sua insatisfação ao ser chamada de “doida”.

Já Sofia, abaixo, se posiciona como alguém que não vai ser categorizada como “doente”:

Sofia: [...] Eu construí um mundo só pra mim. Um mundo onde as coisas vão ser deformadas. Um mundo onde as coisas vão ser feitas da minha maneira. Do meu jeito [...]. Então quando eu tenho um mundo onde as coisas vão ser da minha forma eu tenho uma armadura, de certa maneira. Eu tenho **um** novo mundo, portanto (Gaguejou). Eu tenho um... uma nova forma de enxergar o mundo. É uma armadura. É uma guerra, em que a gente trava... E a gente... e a gente principalmente (inaudível) **trava** uma guerra contra nós mesmos (Gaguejou). [...] Eu não vou ser doente. Eu sofri. Eu passei por várias coisas, mas eu não vou ser assim. Né? Eu não vou ser doente. Eu vou mudar o meu estado. Existe uma coisa maravilhosa de você chegar, nas coisas... nas coisas que já estão impostas, e você chegar e dizer: “Eu sou mesmo?! É sério isso?! Sou?!” (Rindo). **Ah, não sabia.** (Rindo). É uma coisa maravilhosa de você chegar e dizer isso. Porque quando você questiona, quando você pergunta o porquê das coisas, você... você encontra os porquês e você mesma é... responde os porquês das coisas. [...] É **uma** fortaleza (Gaguejou). É como se a gente nos fortalecêssemos pra... pra... encarar o mundo do lado de fora. É como se a gente dissesse: “Não, não sou doente”, mas ao mesmo tempo não deixar de tomar o remédio. É como se a gente dissesse “Não, eu não consigo andar”, mas ao mesmo tempo fazer uma fisioterapia. (Pausa). E é isso, pra mim **a** autonomia é isso (Gaguejou). (Oficina 2)

No seu relato, Sofia se posiciona como alguém capaz de enfrentar as dificuldades, destacando a importância de questionar as imposições e lidar com elas de forma singular. Ela relata os desafios na relação com o mundo e estabelece um modo de enfrentamento, uma maneira de lidar com as situações difíceis, uma espécie de norma para si mesma, recusando-se a ser definida pela sua condição de saúde. Nesse sentido, posiciona-se como alguém que tem “uma nova forma de enxergar o mundo”, e que esta é “uma armadura” para a luta que trava.

No que se refere a ter ou não capacidade de trabalhar, alguns participantes se posicionaram da seguinte maneira:

Marília: Eu fico me sentindo... uma inválida. Porque eu não tenho mais emprego. (Pausa). Aí eu disse, bem claro, que não consigo fazer, nada. (Pausa). Mas eu tô bem. [...] Mas às vezes também eu fico pensando, porque eu não tô conseguindo fazer nem minhas coisas de casa, mas quando eu estou trabalhando eu fazia minhas coisas de casa e fazia as coisas na casa dos outros também. Lá só ia para eu cuidar dela [refere-se à pessoa para quem ela trabalhava]. Aí eu fazia faxina, fazia as coisas tudo dentro da casa dela. Fazia tudo, mesmo eu me tremendo. Que eu me tremia que só, porque tava tomando os remédios errado... Não era os remédios adequado para meu tratamento. (Oficina 1)

[...]

Marília: Já fui capaz de fazer algo. Hoje eu não sei se consigo, não. Quando minha bebê faleceu, eu... Eu superei a ficar com alguém no hospital. Superei a cuidar de alguém. Principalmente de uma criança especial, que gostava da minha filha, e faleceu também em meus braços. Do mesmo jeito da minha filha. E eu cuidei dele, enquanto a mãe dele tava com outro bebê... Outra menininha no hospital. A filha dela. Aí esse período de quinze dias que eu cuidei dele, aí ele faleceu nos meus braços. Faz sete meses. [...] Ela... confiava mais em mim do que na mãe dela e na irmã dela. Aí eu cuidava dele. Já cuidei também de uma senhorinha, depois que minha filha faleceu, e minha mãe também faleceu, né?! (Oficina 2)

Simoní: É assim (Gaguejou), professor. É uma coisa que não entra na minha caixola, por que os povo não quer dar oportunidade pra gente trabalhar? É isso que eu não entendo. É preconceito, ó, porque a gente... eu tenho capacidade. Eu tenho capacidade porque eu venho pra aqui, eu (Inaudível) remédios. Assim, dizer assim... basta a pessoa

abrir a boca: “É do CAPS. Ah, menina, quero, não, que é doido!” [...] Ó, lá na lojinha [refere-se ao bazar onde ela trabalha] que eu fico saiu todo mundo e eu fiquei com o dinheiro, com o dinheiro da mercadoria. Quer dizer, se eu fosse doida, elas ia querer? Fico com chave de casa, chave da casa... A chave [do bazar] tá comigo. Só vou entregar sexta porque eu vou viajar sábado, aí eu vou e entrego a chave. Mas quando eu chego, pego a chave, a chave fica comigo a semana todinha. Agora me diga, se a pessoa [refere-se a ela] fosse doida, ela [refere-se à dona do bazar] ia entregar a chave a mim? [...] que é eu que abro. Aí eu digo assim, e por que eles num dá oportunidade agora nesse São João, não dá **oportunidade** pra gente varrer ao menos a rua (Gaguejou), fazer alguma coisa? “**Aí não, ela é do CAPS, é doido**” (Em tom de desdém). Não, a gente... a gente somos... a gente somos capazes. Eles que quer deixar a gente doida, mas eu? Mas não deixa.

Leonardo: Eu falo por mim. Não vou falar por Simoní, não. Eu mesmo não tenho capacidade de trabalhar mais. Porque eu esqueço das coisas, quando eu não acelero demais, eu acelero de menos o que eu tô fazendo. (Pausa). E... (Pausa). Os meus nervos já começam a tremer. Minha voz já começa embuloar. É... o povo diz que é capaz de dar a doença em mim. (Pausa). Então eu evito de fazer qualquer esforço que venha me prejudicar. Tá entendendo? Devido o meu problema psíquico. (Oficina 4)

Os diálogos denotam posicionamentos identitários de sujeitos que enfrentam a falta de credibilidade social e de oportunidades de trabalho, que são discriminados por serem usuários do CAPS. Marília, ao lidar com as dificuldades, como por exemplo, não ter um trabalho, posiciona-se como uma “inválida”. Mas ela também diz que já foi capaz de cuidar de outras pessoas e que já teve a confiança delas quando outrora trabalhou. Para Marília, não poder trabalhar mais tem relação com o sentimento de incapacidade, como se duvidasse de si mesma.

Já Simoní enfatiza ter capacidade e ainda questiona o porquê de não haver oportunidades de trabalho. Ela diz não entender o porquê disso acontecer, mas ela mesma responde: “É preconceito”. Ela também mostra ter responsabilidade em um bazar onde trabalha,

pois fica com a chave e com o dinheiro da mercadoria. Leonardo, em resposta à fala de Simoní, posiciona-se como alguém que não têm capacidade, referindo-se a algumas dificuldades. Ele indica a relação do fazer esforço com algo que possa prejudicá-lo, porque “o povo diz que é capaz de dar a doença”. Diferente de outros momentos, em que Leonardo afirmou ter capacidade, neste relato ele aponta uma limitação da sua autonomia, correndo ainda o risco de abrir mão dela, o que aparece também em outras falas dele:

Leonardo: Na minha casa, sou só o provedor da casa. [...] Questão do dia-a-dia, da alimentação... **Quem banca minha casa todinha sou eu** (Chorou). **Eu banco, minha mãe banca** (Chorou). [...] E eu banco com o que eu ganho daqui. [...] O benefício que eu ganho daqui. [...] A minha irmã toma de conta. [...] Não, eu deixo na mão dela, ela me dá um trocadinho todo mês. Compra uma roupa pra mim, uma pareia [duas] de roupa, uma peça... e assim eu vou sobrevivendo... é isso. [...] No meu caso quem, quem toma de conta é minha irmã, minha irmã que toma de conta do meu dinheiro, e faz minhas coisas, aí, pronto. Eu não me sinto inválido, não. (Oficina 1)

[...]

Leonardo: [...] A gente não tem capacidade, não. Porque se a gente tivesse, a gente não teria que estar aqui [refere-se ao CAPS], não. [...] Eu em certo momento eu tenho, mas certo momento eu não tenho, não... (Oficina 3)

Leonardo se posiciona como o provedor da casa, por meio do benefício que recebe, mas afirma que sua irmã cuida de suas finanças, e ela é quem compra o que ele precisa, o que demonstra uma relação de dependência. O seu relato indica a transferência da responsabilidade para outra pessoa, mas diz não se sentir inválido por isso. Não podemos desconsiderar que talvez isso ocorra devido a alguma imposição legal. Ele aponta uma relação difícil com a sociedade devido ao fato de ser usuário do CAPS, e fica confuso sobre ter ou não ter capacidade, porque afirma que em determinado momento ele tem, já em outro, não. Ao afirmar que sua irmã cuida de suas finanças e lhe dá um valor mensal, Leonardo indica passividade ao abrir mão da autonomia sobre o seu dinheiro, e até mesmo de comprar a sua própria roupa.

Em outro momento, Leonardo se posiciona como alguém que não tem capacidade de

fazer nada:

Leonardo: [...] Aí, saí de lá, vim pra aqui... eu agradeço muito a doutor Fábio [nome fictício]. Porque ele passou quatro remédios. Esses quatro remédios supriu os oito que eu tomava. E ele fez com que eu me encostasse [recebesse a provisão do BPC junto à Previdência Social]. Aí hoje eu tenho o benefício, porque ele me encostou. Viu que eu não tinha condições de trabalhar, e viu que eu mentalmente não tenho mais possibilidade de fazer nada. (Pausa). Aí tô tomando o remédio certo. (Oficina 6)

O benefício que Leonardo conseguiu obter através do serviço proporciona segurança financeira, embora tenha vindo acompanhado de uma avaliação médica que o posicionou como alguém “incapaz” de trabalhar e, segundo o médico, mentalmente incapaz de realizar qualquer atividade. É importante pontuar que a avaliação médica, mesmo que possibilite uma forma de proteção social ao conceder acesso ao benefício financeiro, também tem implicações significativas para a autonomia de Leonardo, limitando suas perspectivas de trabalho e possivelmente contribuindo para a estigmatização, ao rotulá-lo como alguém incapaz. O seu relato indica uma complexa dinâmica na qual os serviços psicossociais podem, inadvertidamente, reforçar estereótipos e restrições que afetam a autonomia e o empoderamento dos sujeitos atendidos. Essa relação entre proteção social e limitação da autonomia ilustra a complexidade das experiências dos usuários nesse contexto.

Outras participantes, por sua vez, se posicionaram como independentes:

Simoní: Eu que vou comprar! Eu que recebo meu bolsa-família, compro comida para eu comer do jeito que eu quero, compro meu leite, compro tudo para eu comer! [...] Porque assim, eu não quero depender de ninguém. O senhor tá entendendo, doutor? Eu quero ser eu, capacidade d’eu mesmo, d’eu e de Jesus. Vou pro Sítio, digo: “Doutora [refere-se a uma profissional do serviço], vou viajar!”. (Oficina 1)

[...]

Simoní: Assim, a gente não depender de ninguém, ser independente, o povo dar chance

pra gente trabalhar, pra gente fazer as coisas só... Pra ninguém estar no seus pés. Ah, você fez isso, você tomou remédio, você tomou aquilo. (Pausa). Eu não gosto, eu sou independente [...]. (Oficina 2)

Elis: Eu pago o cartão da minha mãe só, vou para o centro só quando tem a consulta da tireoide que ela me acompanha, mas pra vir pra consulta daqui [refere-se ao CAPS] ela não me acompanha, não. Eu venho só pra cá, pra consulta, venho pra oficina só. Assim, eu resolvo minhas coisas só. Só quando tem uma precisão que eu chamo ela. (Oficina 3)

Simoní e Elis, ao se posicionarem como independentes, indicam ainda serem autônomas em alguns exemplos que relataram sobre o cotidiano. Os diálogos indicam a busca por reconhecimento e que elas são capazes de fazer algo. Simoní exclama exemplificando o que faz, e relaciona isso com a independência, quando diz na sequência não querer depender de ninguém. Ela enfatiza e se posiciona como independente: “eu sou”. De maneira próxima, Elis se posiciona como alguém que tem “capacidade”, pois resolve algumas questões individuais sozinha, dizendo não precisar que alguém a acompanhe nas atividades do CAPS.

4.4 Composto diálogos com a revisão teórica

Conforme já explicitado no Capítulo 1, o conceito de autonomia utilizado neste trabalho não se refere a ser totalmente independente ou autossuficiente, mas sim ter a capacidade de estabelecer suas próprias normas e tomar decisões em relação à sua vida, levando em consideração as interações sociais (Kinoshita, 2016; Theodoro & Moreira, 2017; e A. Silva et al., 2021). Assim como no estudo de Melo e Veloso (2022), os participantes desta pesquisa se posicionaram como pessoas capazes: “a gente somos capazes”. Entretanto, ressaltam que a sociedade é quem os limita, conforme explica Simoní: “porque eles não sabe que a gente tem capacidade”.

Nascimento e Leão (2019) afirmam que o sentimento de capacidade de realizar ações é um catalisador essencial para alcançar a autonomia tanto em nível individual quanto coletivo. Eles destacam que esse sentimento empodera os sujeitos que estão enfrentando desafios relacionados às questões de saúde mental, permitindo-lhes superar as opressões que podem

surgir nas relações sociais. É importante ressaltar que esse processo de empoderamento ocorre de maneira única para cada indivíduo, mas também é um fenômeno que se estende para além do âmbito pessoal, influenciando as relações sociais.

O empoderamento é parte importante em um processo de desinstitucionalização que promove a autonomia, mas depende ao mesmo tempo da oferta pela sociedade de algo que os sujeitos possam acessar, o que está diretamente relacionado com a forma como a sociedade se relaciona com os usuários do CAPS. Braga (2019) aponta para a complexidade que envolve o processo de desinstitucionalização e critica a ideia da institucionalização no que se refere à prática de abrigar sujeitos em sofrimento psíquico em ambientes fechados e, frequentemente, isolados da sociedade. A perspectiva de serviço aberto e comunitário é uma alternativa mais inclusiva e humanitária, conforme indica a autora. No entanto, o referido estudo considera que essa proposta também enfrenta desafios significativos na dinâmica das relações sociais, na medida em que a transformação de uma sociedade institucionalizada em uma que apoia plenamente a inclusão e a diversidade requer um compromisso constante com a reflexão e ação coletiva. Para Braga (2019), portanto, a desinstitucionalização é um processo em andamento que visa a manter um equilíbrio sensível entre a autonomia individual e a coletiva, lidando com as contradições e desafios que surgem ao longo do caminho.

Conforme discutido por Han (2015), a sociedade contemporânea impõe um controle excessivo, no qual a pressão por alto desempenho pode ter consequências negativas. As pessoas são constantemente pressionadas a produzir e a se autogerir, o que pode levar a um desgaste físico e mental significativo. O referido autor destaca a importância de encontrar um equilíbrio entre a capacidade de reagir imediatamente a todos os estímulos e resistir aos efeitos opressivos e intrusivos da sociedade. Para os usuários de serviços de saúde mental, que já enfrentam desafios adicionais, a pressão por desempenho pode ser ainda mais intensa. Eles podem se sentir incapazes de atender às expectativas impostas pela sociedade, o que pode gerar sentimentos de inadequação e frustração.

Na pesquisa que realizamos, foi apontada pelos usuários a falta de credibilidade social, o que diminui as possibilidades de os usuários do CAPS exercerem a sua autonomia diante de uma sociedade que os limita. Portanto, não basta ter capacidade, pois é necessário que haja credibilidade social. Foi possível notar, no entanto, que os usuários resistem, negociam e buscam enfrentar as dificuldades, mas também precisam de apoio, o que pode encontrar ressonância no conceito de empoderamento discutido por T.C. Alves et al. (2013), que entende este como a capacidade de responder por si, fazer conexões com outros sujeitos no meio social, andar sozinho na cidade e receber apoio entre os pares, fortalecendo, assim, as capacidades

individuais e coletivas.

[...] na contramão do paradigma neoliberal, tem-se a autonomia como capacidade de estabelecer, em um plano comum de coexistência, relações de interdependência para a construção das escolhas e decisões de modo ético, isto é, decisões que podem ser apoiadas e cujos efeitos considerem sua existência na relação com os demais que o cercam (A. Silva et al., 2021, p. 1100).

É importante destacar que os usuários de saúde mental possuem capacidades e habilidades singulares, mesmo que possam enfrentar desafios específicos. Os relatos indicaram a importância do apoio para que os usuários se sintam incentivados. Eles têm potencialidades para enfrentar as limitações impostas pela sociedade e buscar formas de superá-las. Para tanto, é fundamental reconhecer e valorizar essas capacidades, oferecendo suporte e recursos adequados para que eles possam desenvolver seu potencial e viver de forma plena, o que deve ser a tarefa dos serviços que compõem a RAPS.

A rede de apoio social pode favorecer a autonomia, pois quanto mais os sujeitos acessam diferentes pontos de apoio que sejam importantes para eles, mais a rede da qual eles dependem é ampliada e, assim, a autonomia deles pode ser aumentada (Kinoshita, 2016; Theodoro & Moreira, 2017; A. Silva et al., 2021).

Entretanto, a falta de credibilidade social pode levar a sociedade a negar direitos, a exemplo da falta de “oportunidade”, reclamação comum entre os participantes, cujos diálogos enfatizaram a dificuldade de acesso ao trabalho. Nessa direção, o estudo realizado por Ferro et al. (2015) discute as políticas de saúde mental relacionadas ao trabalho e à geração de renda. Os autores defendem que não se trata apenas de inserir o usuário do serviço no mercado de trabalho, uma vez que o mercado apresenta altas exigências, competitividade e segue um modelo capitalista que dificulta a sustentabilidade e a permanência. Portanto, é necessário aprimorar e implementar políticas que articulem a Saúde Mental e o Trabalho, conforme sugerem Ferro et al. (2015) e Theodoro e Moreira (2017), com o objetivo de fornecer apoio concreto aos usuários para sua inclusão no mercado de trabalho, uma vez que “a liberdade e a autonomia são importantes indicadores das múltiplas dependências construídas no cotidiano, e, nesse caso, o trabalho surge como um forte componente multiplicador de laços sociais” (Theodoro & Moreira, 2017, p. 290).

É necessário criar alternativas que permitam que os usuários exerçam sua cidadania e sejam reconhecidos como sujeitos de direitos. Porque, do contrário, isso pode gerar “dependência dos benefícios previdenciários, uma vez que são considerados pelas estruturas previdenciárias como pessoas inativas e inválidas” (Silva & Ferigato, 2017, p. 813), o que impossibilita para os sujeitos em sofrimento psíquico a regularização de sua situação no âmbito do trabalho.

Conforme Silva e Ferigato (2017), a pessoa enquanto sujeito singular, e que tem a experiência do sofrimento psíquico, precisa ser respeitada em sua diferença, a “sua existência-sofrimento”, e não cabe querer adequar o sujeito ou estabelecer “qualquer movimento que tente homogeneizar tal diversidade” (p. 813). Os autores destacam ainda que a sociedade reduz muitas vezes o trabalho à condição de tratamento e atribui à cura ou ao processo de alta a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Deste modo, é importante que haja acesso às atividades produtivas e remuneradas para que seja possível exercer a autonomia e a cidadania. No entanto, os referidos autores ressaltam que essa produção de subjetividade e construção dos processos de trabalho muitas vezes acabam sendo dificultadas pela lógica do capital, da qual é necessário escapar. Autonomia, trabalho e renda são elementos fundamentais para a inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse sentido, “é impossível transformar esse sujeito em cidadão sem executar uma transformação social” (Silva & Ferigato, 2017, p. 813).

No que diz respeito ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), assim como ocorreu com o termo ‘autonomia’, os participantes afirmaram desconhecer a expressão. Além disso, indicaram limitações da autonomia no processo de escolha e participação no projeto terapêutico. Os sentidos construídos se direcionaram para a ideia de que não é possível para eles escolherem as atividades das quais participarão no serviço, “porque é uma regra que tem”. Os resultados desta pesquisa indicaram que a proposta de atividades e sua escolha parte dos profissionais, ficando a critério do usuário se “encaixar” ou não em determinada atividade.

A revisão de Depole, Marcolino, Oliveira, Cunha e Ferigato (2022) constatou que muitos estudos sobre o PTS apontam que a perspectiva desta proposta é construída para o usuário e não com ele. Esses autores levantam questionamentos sobre a efetividade da perspectiva da singularidade e evidenciam que a simples implementação de políticas e conceitos teóricos pode não ser o bastante para assegurar a eficácia da implementação do PTS no contexto local. Os autores ainda explicam que a proposta desta ferramenta é construída em quatro momentos:

No primeiro momento, o objetivo é realizar uma avaliação biopsicossocial com o intuito

de conhecer e se comprometer com a situação vivenciada pelo sujeito. Um ponto inicial muito importante nesta etapa é pactuar coletivamente quais são os problemas a serem trabalhados (uma vez que cada profissional costuma enxergar um tipo de problema a depender de sua perspectiva) e depois pactuar as prioridades do momento. Em seguida, é preciso traçar metas, definindo conjuntamente com o usuário o tempo necessário para que sejam cumpridas. O terceiro momento corresponde à divisão de responsabilidades entre os profissionais cuidadores e os sujeitos envolvidos, momento no qual o coordenador (ou o profissional de referência) será aquele que tiver melhor vínculo com o usuário. Esse momento abarca o processo de negociação das propostas, considerando as singularidades do sujeito. No último momento, deve ser feita uma reavaliação refletindo sobre o andamento do trabalho, as mudanças ocorridas e a necessidade de novas propostas (Depole et al., 2022, p. 04).

Destaca-se a importância de construir um PTS que seja realmente centrado na autonomia do sujeito e no seu protagonismo, levando em consideração suas necessidades, desejos e singularidades. Isso implica em criar espaços de diálogo e escuta, onde o usuário tenha voz ativa na construção de seu projeto terapêutico (Diniz, 2017; Tavares et al., 2021).

Os relatos dos participantes desta pesquisa indicaram ainda que alguns usuários não sabem quem é o seu Técnico de Referência (TR). O dispositivo ‘técnico de referência’ funciona com base na proposta de um ou mais profissionais estabelecerem o vínculo com os usuários, a fim de “acompanhá-los em seus projetos terapêuticos singulares” (Boccardo, Zane, Rodrigues, & Mângia, 2011, p. 89). Para Diniz (2017) e Paz e Silva (2023), o vínculo é uma categoria relevante no processo de cuidado, porque ele envolve os laços afetivos e sociais, conecta-se e articula conexões importantes no território e, portanto, contribui para a construção do PTS. Ou ainda, conforme Paz e Silva (2023), “o vínculo é entendido como um recurso que liga pessoas e permite trocas de afetos, saberes e experiências que promovem a confiança, o respeito e o diálogo, os quais se transformam no canal das intervenções” (p. 113).

Na pesquisa que realizamos, os relatos dos participantes sugeriram que o CAPS trabalha de uma maneira tímida com a proposta do PTS, o que pode resultar em limitações para a autonomia e o protagonismo dos mesmos. Os participantes relacionam o PTS com algumas

formas de funcionamento do CAPS, como os atendimentos e as atividades das quais participam no serviço (que eles não escolhem). Ao mesmo tempo, o CAPS é colocado como um lugar de referência e possibilidades, o que potencializa o desenvolvimento de soluções conjuntas a fim de promover a autonomia e o protagonismo dos usuários. Pode-se concluir, dessa maneira, que a adoção da ferramenta do PTS pelo CAPS de maneira mais efetiva pode favorecer o trabalho do serviço.

Outro aspecto a ser destacado nesta discussão teórica diz respeito aos posicionamentos construídos pelos participantes da pesquisa. Nos relatos, eles se posicionaram como pessoas que não querem ser identificadas como “doidas” e buscaram se distanciar dessa classificação. Dialogando com os estudos de Figueirêdo, Cordeiro, Oliveira Filho e Velôso (2021) e Melo e Velôso (2022), constata-se que os usuários de serviços de saúde mental buscam se afastar dos rótulos que envolvem a loucura e se aproximar daqueles considerados “normais”.

Considerando a importância de se estabelecer outras formas de relação com os usuários de serviços de saúde mental na sociedade, Melo e Velôso (2022) apontam ainda para a ideia de que a convivência nos espaços comunitários e territoriais pode contribuir para a modificação do imaginário social relacionado à loucura.

Para Pelbart (2009), a sociedade contemporânea tende a confinar a loucura nos espaços institucionais, o que perpetua estigmas e exclusão social, fazendo-se necessário uma visão mais ampla e afirmativa da loucura, a fim de valorizar a subjetividade e a singularidade dos sujeitos que vivenciam essa experiência. O autor defende ainda a necessidade de criar espaços de escuta e acolhimento, onde a loucura possa ser vivida e compreendida de maneiras diversas, rompendo com os paradigmas hegemônicos da sociedade.

Outro posicionamento construído nos relatos diz respeito à independência e autonomia. Alguns participantes se posicionaram como independentes e capazes, já outros se posicionaram como “incapazes”.

É importante considerar que esse posicionamento envolve uma dinâmica social complexa, e alguns diálogos falam da presença dos familiares que estabelecem com eles uma relação de tutela. Como afirmam A. Silva et al. (2021) a tutela não estabelece cuidado, pois, além de infantilizar os sujeitos, “[...] dificulta ou até mesmo inviabiliza a produção de singularidades” (p. 1101). As relações de apoio muitas vezes estabelecidas com os sujeitos em sofrimento psíquico podem se confundir com a tutela:

existe uma linha tênue entre cuidado e tutela, justamente por envolver uma relação

afetiva. Nesta relação, pode-se criar uma “hierarquia paternal” em que o cuidador encontra-se na posição de saber o que é “melhor para o paciente”, ou não permitindo que este sujeito seja, pense, comporte-se de forma diferente a normalidade estabelecida pelos padrões da sociedade (Silva & Vicentin, 2017, p. 204, grifos dos autores).

Para os autores, embora o objetivo da tutela possa ser garantir a segurança e o cuidado adequado, muitas vezes pode restringir a liberdade e a autonomia dos sujeitos, limitando sua capacidade de tomar decisões e participar de seu próprio processo de cuidado. Porque cuidar deveria ser “criar possibilidades, abrir caminhos para a criação do novo, tutelar é impedir essa criação sob a máscara de cuidado” (Silva & Vicentin, 2017, p. 205).

Outra relação que pode limitar a autonomia dos sujeitos é a prática de prescrição do uso de medicamentos psicotrópicos. De acordo com C.D.M. Silva (2020), o conceito de medicalização é algo que se constrói socialmente, e os modelos tradicionais e biomédicos de saúde têm transformado questões sociais específicas e comportamentais em problemas médicos, para os quais a solução frequentemente proposta é a prescrição de medicamentos. Para a autora, uma vez que os medicamentos são utilizados pelos usuários do CAPS, é essencial estabelecer um diálogo aberto entre profissionais de saúde, usuários e seus familiares, com o objetivo de tomar decisões conjuntas que não prejudiquem a autonomia do usuário. A autora ressalta a importância de considerar os desejos, necessidades e preferências dos sujeitos envolvidos, promovendo um cuidado integral que respeite a autonomia e o protagonismo social deles (C.D.M. Silva, 2020).

A proposta da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem sido uma prática importante para que as pessoas que fazem uso de algum tipo de medicamento possam fazer a gestão desse uso. Segundo Favero et al. (2019) e Palombini et al. (2020), a proposta da GAM motiva a participação e o protagonismo sobre o uso do medicamento, fazendo parte ainda de uma clínica ampliada, em que os sujeitos se sentem com poder de negociação, aumentando ainda o conhecimento deles sobre os efeitos das medicações.

A inclusão da medicação como pauta no tratamento, e não como uma condição para o tratamento, altera significativamente a rotina de trabalho, desde o estabelecimento de laços com usuários até uma mudança radical na relação com familiares e equipes

multidisciplinares, abrindo novas possibilidades de interação. [...] a prescrição de um medicamento ratifica que o doente está doente, que o médico é médico e que a família cuida do doente ao zelar pela tomada do remédio. A prescrição “controla a loucura” não apenas por seus efeitos diretos no organismo, mas por essa ratificação de lugares, reinserindo o louco no laço social e em uma relação de poder (Colaço & Onocko-Campos, 2022, pp. 2554-2555, grifo dos autores).

Esses autores propõem um modelo de saúde fundamentado nos princípios básicos do SUS. A atuação profissional deveria estabelecer uma relação horizontalizada e ampliada, diferenciando-se do modelo tradicional e biomédico de saúde. No contexto do CAPS, o usuário deveria ter a possibilidade de expressar sua indignação e revolta em relação ao tratamento prescrito para ele (Colaço & Onocko-Campos, 2022).

Na nossa pesquisa, os relatos de Roberta apontaram para uma situação em que ela se mostrou insatisfeita contra uma medicação que lhe foi prescrita. Ainda que o médico tenha usado da sua posição, impondo a decisão sobre o que foi prescrito, ela foi enfática e resistiu: “Eu não tomo! Eu não tomo!”. Nessa direção, os relatos evidenciam uma lógica ainda predominante de caráter manicomial, na qual a relação de saber e poder da medicina é estabelecida dentro de um modelo tradicional de saúde que utiliza a medicação como meio de controle e disciplina dos corpos. A demanda e resistência de Roberta vão ao encontro do que é recomendado pela Gestão Autônoma da Medicação, ao defender a legitimidade da experiência do próprio usuário sobre os medicamentos.

Os relatos dos participantes apontam, portanto, para a necessidade do respeito à autonomia deles, em que eles possam dizer e fazer suas próprias escolhas. Essa busca por desempenhar um papel mais ativo em relação à medicação, apareceu também no estudo de Melo e Veloso (2022).

É relevante mencionar que a nossa proposta de oficinas de fotografia procurou estimular a autonomia dos participantes. Um desdobramento disso foi quando eles reivindicaram junto ao CAPS a realização de oficinas que são de seu interesse e quando pediram para falar na abertura da exposição fotográfica. A nossa pesquisa evidencia ainda a importância da circulação social e os relatos indicam um acesso tímido à cidade. Desse modo, além das oficinas, estratégias como a GAM, grupos de ouvintes de vozes e ações junto ao território podem compor o rol de atividades do CAPS, favorecendo a construção de um projeto de cuidado em

liberdade, na perspectiva antimanicomial.

Como afirma Venturini (2022), é preciso vencer o olhar do modelo tradicional e biomédico de saúde, a fim de ampliar o campo de atuação, buscando oferecer suporte para que todos os sujeitos em sofrimento psíquico encontrem apoio concreto para o seu protagonismo. O autor propõe uma ação crítica e ampliada no fazer profissional, aliando-se aos recursos que a comunidade e o território oferecem, para, assim, transformar a cultura e construir outra relação com a loucura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU (IN)CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo principal analisar como os usuários do CAPS III exercem sua autonomia por meio de relatos construídos por eles sobre o seu cotidiano. Os participantes disseram desconhecer o termo ‘autonomia’ e o associaram a “ter capacidade” e, nesse sentido, os diálogos indicaram resistência, negociação e afirmação de que eles são capazes, mesmo diante de uma sociedade que os limita, sobretudo no que diz respeito ao acesso ao trabalho. Posicionam-se como pessoas capazes, valorizando a liberdade e a independência. No entanto, apontaram limitações e o sentimento de incapacidade para realizar determinadas atividades.

Eles reclamam da falta de credibilidade social, afirmando que a sociedade passa a “não gostar deles” quando começam a fazer uso de medicamentos. Os participantes apontaram em seus relatos a centralidade da medicação e os efeitos indesejados associados a ela, o que pode limitar o exercício da autonomia. Os diálogos sugeriram ainda a importância de uma gestão autônoma da medicação, a fim de estabelecer um processo de cuidado para além de um modelo tradicional e biomédico de saúde.

Foi possível também identificar ações que limitam a autonomia, como os riscos de tutela nas relações familiares e nos serviços de saúde mental, o estigma e a discriminação. Por outro lado, também foram mencionadas ações que incentivam a autonomia dos usuários, como a relação de apoio que favoreça o protagonismo. Essa relação de apoio envolve familiares e os serviços de saúde mental.

Em relação à participação e ao protagonismo no PTS, os resultados não foram favoráveis ao que é esperado para essa proposta. Os participantes afirmaram que desconhecem o termo ‘Projeto Terapêutico Singular’ e os diálogos versaram sobre a limitação da autonomia na escolha e decisão das atividades apresentadas a eles pelo serviço. Observou-se, então, que a autonomia não está sendo incentivada por meio do PTS e que os usuários não estão compreendendo ou se apropriando dessa proposta. Ainda que a participação e escolhas das atividades de cada participante estejam restritas a decisão dos profissionais, os usuários expressaram um certo protagonismo diante dessa situação, ao buscarem resistir a se “encaixar” em determinada oficina e a tentarem participar de outras. Os diálogos também apontaram limitações no que diz respeito ao Técnico de Referência (TR), visto que alguns não possuem um TR, embora eles destaquem a importância desse profissional para o apoio social e promoção de autonomia.

No que diz respeito aos posicionamentos identitários construídos, os participantes se posicionaram como pessoas que têm autonomia, que são capazes, e que não gostam de ser classificadas como “doidas” ou como “doentes”. Dessa forma, eles se opõem a qualquer tipo de estigma, discriminação e ações que reforcem esses estereótipos. Além disso, se posicionam como pessoas independentes e que valorizam a liberdade.

A escolha da oficina de fotografia como dispositivo para construir vínculos e produzir informações promoveu a troca de experiências, negociações e, principalmente, possibilitou a interanimação dialógica das práticas discursivas e as produções de sentido. Esforçamo-nos para fazer com que o dispositivo ‘oficina’ unisse a nossa expectativa de produzir informações com a expectativa dos participantes. Nesse sentido, o desafio foi balizar estas expectativas, combinando a introdução de noções fotográficas com os objetivos da pesquisa. O ‘dispositivo cartografia’ nos inspirou e ajudou neste caminho de trocas e produções ao longo de todo itinerário de pesquisa.

Os resultados evidenciaram pontos importantes e provocaram algumas questões: que possibilidades os usuários do CAPS têm de exercer a autonomia diante de uma sociedade que os limita? É possível exercer a autonomia sem que a sociedade mude a forma como se relaciona com os usuários do CAPS?

As saídas antimanicomiais para o campo da saúde mental devem levar em consideração o contexto da realidade brasileira. É importante também considerar as interseccionalidades, os princípios básicos do SUS e outros Direitos Humanos fundamentais. A RPB deve caminhar lado a lado com a Luta Antimanicomial, e ambas devem se unir a outros movimentos sociais que contribuem para fortalecer a transformação social, como as lutas feministas, antirracistas, antiproibicionistas, anticapacitistas, antiLGBTfóbicas e as lutas dos povos originários e tradicionais.

Há possibilidades para que a ferramenta do PTS possa contribuir para fortalecer o protagonismo dos usuários e estabelecer contratualização com o território. Essa proposta pode qualificar os trabalhos dos serviços de saúde mental e contribuir para a efetivação dos princípios básicos do SUS. Portanto, mesmo enfrentando dificuldades de implementar ações reformistas, o CAPS é um equipamento que possui em seu projeto a capacidade de ser um serviço de caráter comunitário e territorial. É importante considerar que o CAPS é estratégico na RAPS, mas não pode ser o único responsável pelas mudanças e transformações desejadas para a afirmação das práticas e da cultura antimanicomial.

Esta pesquisa contribuiu para a co-construção de saberes por meio do dispositivo ‘oficinas de fotografia’ na medida em que, durante os encontros e trocas com os participantes,

permitiu, de um lado, trazer elementos para se refletir sobre alguns desafios enfrentados pelos usuários e pelos profissionais para construir uma atenção psicossocial de base comunitária e territorial, e de outro, visualizar a potencialidade dos usuários para protagonizar seu processo de cuidado. O uso desse dispositivo possibilitou uma aproximação com o serviço e despertou o interesse dos usuários por essa proposta de oficina, bem como o de alguns profissionais, mobilizando os participantes a buscarem mais atividades com as quais eles se identificassem. É importante destacar que a profissional de apoio achou interessante a metodologia e o envolvimento dos participantes durante as oficinas. Também tivemos a impressão de que as oficinas afetaram a dinâmica do funcionamento do serviço, ocupando um espaço entre as demais atividades oferecidas pelo CAPS, produzindo, ao mesmo tempo, certo otimismo, ao apontar alternativas de intervenção, mas também desconforto, uma vez que os participantes verbalizaram que faltavam atividades como essa no serviço.

Este trabalho procurou contribuir para dar visibilidade ao tema pesquisado, bem como para sua possível atualização, encontrando pontos de concordâncias e discordâncias no cenário que disputa diferentes versões sobre o cuidado em saúde mental. Buscou-se, ainda, por meio dos relatos dos participantes, reafirmar a capacidade e as possibilidades de autonomia deles, ainda que a sociedade possa limitá-los. Inspirados na expressão “outrar-se sujeito”, ensejamos que esta pesquisa tenha favorecido a transformação de todos os envolvidos nesse processo.

REFERÊNCIAS

- Alves, P.F., Kantorski, L.P., Andrade, A.P.M.D., Coimbra, V.C.C., Oliveira, M. M.D., & Silveira, K.L. (2018). Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam?. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.63993>
- Alves, T.C., Oliveira, W.F.D., & Vasconcelos, E.M. (2013). A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 23(1), 51-71. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100004>
- Amarante, P., & Nunes, M.O. (2018). A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Aragaki, S.S., Piani, P.P., & Spink, M.J. (2014). Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. . In: M.J.P. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento, & M. Cordeiro (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1a ed., Cap. 11, pp. 229-246). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Bakhtin, M. (2011). Os gêneros do discurso. In M. Bakhtin. *Estética da Criação Verbal* (4ª ed., pp. 261-306). Tradução Paulo Bezerra. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Barbosa, V. F. B., Cavalcanti, A., Alcântara, M. C.A., Jotaza, R.M., & Ferreira, S. H. V. (2017). O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 9(3), 659-668. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>
- Barembliitt, G.F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5ª ed). Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Barros, L.P., & Kastrup, V. (2010). Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (orgs.). *Pistas do método da cartografia* (Cap. 3, pp. 32-52). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Bessoni, E., Capistrano, A., Silva, G., Koosah, J., Cruz, K., & Lucena, M. (2019). Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 40-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190429>
- Bezerra, G.P., & Moreno, J.L., Neto,. (2021). Tecituras do cuidado: a saúde mental cartografada na Atenção Primária. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, 1-15. <https://doi.org/10.1590/interface.200544>
- Bezerra, I.C., Jorge, M.S.B., Gondim, A.P.S., Lima, L.L.D., & Vasconcelos, M.G.F. (2014). "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 61-74. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>

- Bezerra, I.C., Morais, J.B.D., Paula, M.L.D., Silva, T.M.R., & Jorge, M.S.B. (2016). Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde em debate*, 40(110), 148-161. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011>
- Boal, A. (2015). *Jogos para atores e não atores*. São Paulo, SP: Editora Cosac Naify.
- Boccardo, A.C.S., Zane, F.C., Rodrigues, S., & Mângia, E.F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 22(1), 85-92. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>
- Bosi, M.L.M., Carvalho, L.B., Ximenes, V.M., Melo, A.K.D.S., & Godoy, M.G.C. (2012). Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 643-651. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300010>
- Braga, C.P. (2019). A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saúde E Sociedade*, 28(4), 198–213. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190125>
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html#:~:text=Os%20CAPS%20poder%C3%A3o%20localizar%20se,privativo%20e%20equipe%20profissional%20pr%C3%B3pria
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2008). *Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2ª ed.). Brasília. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2014). *Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília (DF). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2017). Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. *Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Brasília, DF.

Recuperado

de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.htm

Brasil, Ministério da Saúde (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, DF. Recuperado de <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde (2022). Portaria nº 596 de 22 de março de 2022. *Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html

Brigagão, J.I.M., Nascimento, V.L.V., Tavanti, R.M., Piani, P.P., & Figueiredo, P.P (2014). Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In: M.J.P. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento, & M. Cordeiro (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1a ed., Cap. 04, pp. 73-96). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Campos, G.W.S., & Onocko-Campos, R.T. (2012). Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In G.W.D.S. Campos, J.R.D.A. Bonfim, M.C.D.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond, Jr., & Y.M.D. Carvalho (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 719-738). São Paulo: Hucitec.

Canguilhem, G. (2011) *O normal e o patológico* (7ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.

Cavagnoli, M., & Maheirie, K. (2020). A Cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na Psicologia Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 64-71. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5680>

Cavalcante, D.M., & Cabral, B.E.B. (2017). Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 293-304. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170030>

CCMS (2022, 24 de fevereiro). Relação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPs, criados para ressocialização de usuários do sistema de saúde mental, hospitais públicos e hospitais conveniados ao SUS. *Centro Cultural Ministério da Saúde*. Brasília, DF. Recuperado de <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/hospitaisparaiba.php>

Cintra, A.M.S., Mesquita, L.P., Matumoto, S, & Fortuna, C.M. (2017) Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. *Fractal: Revista de Psicologia*. 29(1), 45-53. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1453>

Colaço, R. F., & Onocko-Campos, R. T. (2022). Gestão compartilhada do tratamento

com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 2553-2562. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.17162021>

Costa, E.S., & Noal, M.H.O. (2017). O papel do projeto ‘Comunidade de fala’ no empoderamento e recovery de usuários dos serviços de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 9(21), 199-211. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69545>

Davies, B., & Harré, R. (1999). Positioning and personhood. In R. Harré & L. van Langenhove (Eds.). *Positioning*. Malden, MA: Blackwell. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284267572_Positioning_and_personhood

Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 1). São Paulo, SP: Ed. 34.

Depole, B.F., Marcolino, T.Q., Oliveira, G.N., Cunha, G.T., & Ferigato, S.H. (2022). Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 14(38), 01-25. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v14i38.73119>

Dimenstein, M., Simoni, A.C.R., Macedo, J.P., Nogueira, N., Barbosa, B.C.N.S., Silva, B.I.B.M., . . . Soares, L.F. (2021). Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1727-1738. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>

Diniz, A.M. (2017). Projeto terapêutico singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 16(1), 7-14. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1088>

Emerich, B.F., Onocko-Campos, R., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 685-696. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>

Favero, C.P., Rodrigues, J., Silva, I.P., Santos, D.V.D., de Andrade, T.M. M.D., Barbosa, S.S., & Stefanello, S. (2019). Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 91-100. <https://doi.org/10.12707/RIV19002>

Fernandes, C.J., Lima, A.F., & Oliveira, P.R.S. (2020) Índice de cobertura assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*. 36(4), 1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>

Ferro, L.F., Cardoso, M.M., Fedato, G., & Fracaro, C.C. (2012). Grupo de Convivência em Saúde Mental: perspectivas de usuários e a experiência do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. *Revista de Terapia Ocupacional*

da Universidade de São Paulo, 23(2), 146-152.
<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i2p146-152>

- Ferro, L.F., Lucindo, S.M., Vozniack, C.I., & Oliveira, F.R.L. (2014). Demandas, subjetividade e processo terapêutico: construções e limitações do acompanhamento terapêutico/demands, subjectivity and therapeutic process: construction and limitations of Therapeutic Accompaniment. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(3), 609-619. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.083>
- Ferro, L.F. (2015). Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede/Group living in mental health: intersectorality and networking. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(3), 485-498. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO055>
- Ferro, L.F., Macedo, M., & Loureiro, M.B. (2015). Economia solidária, saúde mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda/Solidarity Economy, Mental Health and the practice of occupational therapists: reports of participants of a group to. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(1), 101-116. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO500>
- Figueirêdo, A.A.F., Cordeiro, R.L.M., Oliveira, P., Filho, & Velôso, T.M.G. (2021). Construção de Categorias/Lugares para a Loucura em Relatos de Usuários de CAPS. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 41(spe4), 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003215322>
- Freitas, A.C.M., Reckziegel, J.B., & Barcellos, R.C. (2016). Empoderamento e autonomia em saúde mental: o guia GAM como ferramenta de cuidado. *Saúde (Santa Maria)*, 42(2), 149-156. <https://doi.org/10.5902/2236583421058>
- Galindo, D., & de Souza, L. L. (2017). Amores de Folhetim, contribuições do construcionismo social. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 19(1), 21-34. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1348>
- Galletti, M.C. (2004) *Oficinas em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?*. Goiânia: Ed. Da UCG.
- Gergen, K. J. (2006). *El yo saturado*. Buenos Aires: Paidós.
- Gonçalves, L.L.M., & Onocko-Campos, R.T. (2017). Narrativa de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(11), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>
- Guedes, A.D.C., Kantorski, L.P., Riet, H.S., Olschowsky, A., Magni, C.T., & Moreira, J.D.C. (2020). A trajetória terapêutica de um usuário de saúde mental. *J. nurs. health., Pelotas*, 10(2), 1-13. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i2.17080>

- Hall, S. (2022). *A identidade cultural na pós-modernidade* (12ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Lamparina.
- Han, B.C. (2015). *Sociedade do cansaço*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Hur, D. (2021). Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise. *Práxis Educacional*, 17(46), 275-292. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i46.8392>
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes: realidad, verdad, política*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Íñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era 'post-construccionista'. *Athenea Digital*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n8.235>
- Jorge, M.S.B., Onocko-Campos, R., Pinto, A.G.A., & Vasconcelos, M.G.F. (2012). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1543-1561. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400015>
- Kinoshita, R.T. (2016). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (4a ed., pp. 69-74). São Paulo, SP: Hucitec.
- Leão, A., & Barros, S. (2012). Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 572-586. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>
- Logatti, M.S.M., Carvalho L.L., Cândido, V.C., & Gallian, D.M.C. (2019). Humanização em saúde e reforma psiquiátrica: discussão da obra 'O Alienista' entre pessoas com quadro psiquiátrico grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(04), 1-22. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290408>
- Lourau, R. (2014). *Análise Institucional* (3. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
- Lussi, I.A.O., & Morato, G.G. (2012). O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 20(3), 369-380. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.037>
- Marques, F.C., Lacerda, M.K.S., Alves, J.P., Silveira, A.R., & Sampaio, C.A. (2022). Pessoas com sofrimento mental em recovery: trajetórias de vida. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 26, 1-18. <https://doi.org/10.1590/interface.200456>

- Mattos, M. P., Campos, H. M. N., Gomes, D. R., Ferreira, L., Carvalho, R. B. D., & Esposti, C. D. D. (2021). Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, 44(127), 1277-1299. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>
- Maturana, R.H.; & Varela, F.J. (1995). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy II.
- Medeiros, V.H.R., & Moreira, M.I.B. (2021). Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. *Saúde e Sociedade*, 31(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210094>
- Medrado, B., Spink, M.J.P., & Mélo, R.M. (2014). Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: M.J.P. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento & M. Cordeiro (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1a ed., Cap. 13, pp. 273-294). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Melo, L.P., & Velôso, T.M.G. (2023). O Sofrimento Psíquico em Relatos de Usuários de Saúde Mental. *Revista Polis E Psique*, 12(3), 151–172. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.123908>
- Mélo R.P., Silva, A.A., Lima, M.L.C., & Paolo, A.F.Di. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>
- Mendes, V.C., Tisott, Z.L., Souto, V.T., Terra, M.G., de Siqueira, D.F., & Rodrigues, B.V. (2019). Percepção sobre a alta hospitalar de pessoas internadas em unidade de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32, 1-9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9394>
- Milhomens, A.E., & Martin, D. (2017) Rupturas e transformações na vida de jovens acompanhados em um CAPS adulto. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017, 27(4), 1105-1123. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400013>
- Moreira, M.I.B., & Onocko-Campos, R.T. (2017). Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 462-474. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>
- Nascimento, L.A.D., & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(1), 103-121. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>
- Nascimento, V.L.V., Tavanti, R.M., & Pereira, C.C.Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In M.J.P. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento & M. Cordeiro (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (Cap. 12, pp. 247-272). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de pesquisas sociais.

- Nunes, J.M.S., Guimarães, J.M.X., & Sampaio, J.J.C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1213-1232. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>
- Nunes, M.O., Lima, J.M., Jr., Portugal, C.M., & Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Oliveira, A.L.M., & Peres, R.S. (2021) As oficinas terapêuticas e a lógica do cuidado psicossocial: concepções dos(as) coordenadores(as). *Psicologia: Ciência e Profissão*. 41(spe4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003204609>
- Oliveira, R.F.D., Andrade, L.O.M.D., & Goya, N. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3069-3078. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>
- Organização Mundial da Saúde. (2023, 05 de maio). OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. *Notícias*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>
- Onocko-Campos, R.T., Passos, E., Palombini, A.D.L., Santos, D.V.D.D., Stefanello, S., Gonçalves, L.L.M., . . . Borges, L.R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
- Quinderé, P.H.D., Jorge, M.S.B., Nogueira, M.S.L., Costa, L.F.A.D., & Vasconcelos, M.G.F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-2166. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>
- Quinderé, P.H.D., Jorge, M.S.B., & Franco, T.B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 253-271. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
- Paim, J.S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>
- Palombini, A.D.L., Onocko-Campos, R.T., Silveira, M., Gonçalves, L.L.M., Zanchet, L., Xavier, M.A.Z., & Marques, C.D.C. (2013). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2899-2908. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000014>
- Palombini, A.D.L., Oliveira, D.C.D., Rombaldi, J.A., Pasini, V.L., Ferrer, A.L., Azambuja, M.A., & Saldanha, O.M.D.F.L. (2020). Produção de grupalidade e exercícios de autonomia na GAM: a experiência do Rio Grande do Sul. *Revista*

Polis e Psique, 10(2), 53-75. <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.104142>

- Passos, E., Renault, L., Mello, T.S., & Guerini, L. R. (2020). A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 143-165. <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103384>
- Passos, F.P., & Aires, S. (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 13-31. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>
- Paz, B.L., & Silva, A.M.M. (2023). Tecendo o Cuidado: A Atividade de Técnico de Referência em Serviços de Saúde Mental. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 22(1), 109-115. <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i1.1631>
- Pelbart, P.P. (2007). Um convite à cultura: nem o império da ordem nem a inércia do caos. In: Lobosque AM. (org.). *Encontro Nacional de Saúde Mental* (Cadernos de Saúde Mental). Belo Horizonte: ESP-MG; 1, 11-20. Recuperado de <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>
- Pelbart, P.P. (2009). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão* (2 ed.). São Paulo: Iluminuras.
- Penido, C.M.F., & Romagnoli, R.C. (2018). Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. *Psicologia & Sociedade*, 30, e173615. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018V30173615>
- Pinto, A.G.A., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Sampaio, J.J.C., Lima, G.P., Bastos, V.C., & Sampaio, H.A.D.C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>
- Pitta, A.M.F. (2016). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (4a ed., pp. 19-26). 4 ed. São Paulo, SP: Hucitec.
- Portugal, C.M., Mezza, M., & Nunes, M. (2018). A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(2), 1-19. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280211>
- Prado, F.K.M., Lourenço, M.A.D.M., Souza, L.B.D., Placeres, A.F., Cândido, F.C.D.A., Zanim, G., . . . Fiorati, R.C. (2020). Acompanhamento terapêutico e intervenção em rede como estratégia na atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0161>
- Rasera, E. F. (2020). Construcionismo social e trabalho comunitário: conflito, diálogo e participação. *Psicologia & Sociedade*, 32, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1807->

0310/2020v32219692

- Rocha, L.A., Prates, T.B.D.S., Souza, V.D.S., & Gusmão, R.O.M. (2021). Percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado em saúde mental. *Mental*, 13(23), 123-143. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Rodrigues, A.R.L., Velôso, T. M. G., & Oliveira, P., Filho. (2022). A opção por Serviços Residenciais Terapêuticos privados: relatos de familiares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 31(72), 100-116. <https://www.doi.org/10.38034/nps.v31i72.590>
- Rodrigues, C.G.S.S., Jardim, V.M.R, Kantorski, L.P., Coimbra, V.C.C., Treichel, C.A.S., Franchini, B., . . . Neutzling, A.S. (2016). Estudo de avaliação das habilidades de vida independente entre usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(3), 355-360. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600030086>
- Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 44–52. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>
- Roveda, G.S., Barreto, L.C.S., & Pereira, A.R. (2021). Desempenho ocupacional de moradores de residências terapêuticas de um município Mineiro. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(3), 3-14. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i3.968>
- Salles, M.M., & Barros, S. (2013a). Exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(3), 704-712. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300017>
- Salles, M.M., & Barros, S. (2013b). Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1059-1071. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009>
- Salles, M.M., & Barros, S. (2014). Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1275-1292. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400013>
- Saraceno, B. (2016). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (4a ed., pp.13-18). São Paulo, SP: Hucitec.
- Senna, L.L., & de Azambuja, M.A. (2019). Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. *Revista Pólis e Psique*, 9(2), 67-86. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000200005&lng=pt&tlng=pt

- Serpa, O., Jr., Onocko-Campos, R., Malajovich, N., Pitta, A.M., Diaz, A.G., Dahl, C., & Leal, E. (2014). Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1053-1077. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400005>
- Silva, A., Aleixo, A., Silva, C., Duarte, J., & Moraes, M. (2021). Itinerários vividos, histórias narradas: gradientes de autonomia entre beneficiários do ‘Programa de Volta para Casa’. *Saúde em Debate*, 44(127), 1093-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012711>
- Silva, A.P.D., & Ferigato, S.H. (2017). Saúde mental e trabalho: diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso/Mental health and work: dialogues on rights, desire, and need for access. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(4), 803-816. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0951>
- Silva, C.D.M. (2020). *Afasta de mim esse cale-se: a medicalização na vida de pessoas usuárias de um CAPS AD* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, PB.
- Silva, D.A.B., & Vicentin, M.C.G. (2017). Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. *Distúrbios da Comunicação*, 29(2), 196-207. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i2p196-207>
- Silva, I.F., Ramos, T.M.B., Assad, F.B., Pedrão, L.J., & Miasso, A.I. (2018). Competências sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(3), 128-135. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000346>
- Silva, J.Q.G., & Gomide, R.O.M. (2013). Posicionamentos identitários em práticas de escrita da esfera acadêmica. *Scripta*, 17(32), 219-240. <https://doi.org/10.5752/P.2358-3428.2013v17n32p219>
- Silva, L.G., Cortegoso, A.L., & Lussi, I.A.O. (2014). Da orientação profissional à inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental em empreendimentos econômicos solidários/From career guidance to the labor insertion of users of mental health services in solidarity economy enterprises. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(2), 271-283. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.049>
- Silva, S.N., Lima, M.G., & Ruas, C.M. (2018). Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3799-3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>
- Silva, T.A., Paula, J.D. & Araújo, R.C. (2018) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em um município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 21(2), 346-363. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>
- Sousa, V.S.D., & Oliveira, C.R.M. (2021). Grupo autoestima: experiência de grupo

operativo em CAPS. *Vínculo*, 18(3), 25-33. <https://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p507-522>

Spink, M. J. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Psico*, 31(1), 7-22.

Spink, M. J. (2010) *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Livro eletrônico*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. <https://doi.org/10.7476/9788579820465>

Spink, M.J.P., & Freeza, E.M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentidos. In M.J.P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (Cap. I, pp. 1- 21). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spink, M.J.P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M.J.P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (Cap. II, pp. 22-41). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Tavares, I.V.F., Willrich, J.Q., & Portela, D.L. (2021). Percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre seu projeto terapêutico singular. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19029>

Tedesco, S. (2015). A ética da pesquisa e a perspectiva da cartografia: algumas considerações. *Revista Polis e Psique*, 5(2), 32-47. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.53952>

Theodoro, C.R., & Moreira, M.I.B. (2017). Histórias, nossas histórias: potências e desafios do mundo do trabalho para usuários de um serviço de saúde mental. *Revista Mental*, 11(20), 279-295. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100015&lng=pt&tlng=pt

Tizatto, K. B., & Schwede, G. (2016). Sobre falas e fotos: narrativas de pessoas com transtornos mentais sobre si e a cidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 8(17), 32-56. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v8i17.69016>

Venturini, E. (2010). O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 471-480. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000900002>

Venturini, E. (2022). A cultura cura a loucura? In: Venturini, E. *Por uma sociedade sem manicômios: contribuições de um psiquiatra democrático* (pp. 25-38) Organização de Thelma Maria Grisi Veloso e Maria do Carmo Eulálio. Campina Grande: EDUEPB. Recuperado de <https://eduepb.uepb.edu.br/e-books/>

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS PESSOAIS

Qual o seu nome? Quantos anos você tem?

Em que cidade mora?

Qual a sua escolaridade?

Qual o seu estado civil? Tem filhos? Mora com eles?

Você trabalha? _____ Qual a função? _____

Recebe alguma provisão de Benefícios Eventuais (Bolsa Família, Cesta Básica), Benefício de Prestação Continuidade (BPC), aposentadoria?

Há quanto tempo é acompanhada/o por esse serviço? De quais atividades participa no CAPS?

Quais dias na semana?

1. Quando foi a primeira vez que precisou de cuidados do CAPS III? Como foi esse processo?

2. O seu TR apresentou para você um projeto chamado de Projeto Terapêutico Singular (PTS)?

Você sabe o que é isso? Como foi sua participação na construção dele e quantas vezes ele já foi revisado?

3. Você combinou sobre as atividades que participou no CAPS? Você escolheu?

4. O que você gosta de fazer? Quais coisas você realiza sozinho e para quais você precisa que alguém o acompanhe? (Caso estude, vai sozinho ou acompanhado?) Vai como para o CAPS?

5. Com quem você pode contar, quando precisa de alguma ajuda?

6. O que gosta de fazer no final de semana e a que lugar você mais gosta de ir? Você pratica algum esporte, tem alguma habilidade artística? Quais atividades de lazer você realiza?

7. Você realiza alguma atividade doméstica em casa? Como é seu dia a dia? (Caso tenha filhos, quem cuida deles?)

8. Você utiliza o transporte público? Sozinho?

9. Quem tem a chave de sua casa?

10. Quem geralmente faz a feira e as compras no supermercado?

11. Tem algo que você gostaria de acrescentar?

APÊNDICE B – ESTRUTURA DOS MAPAS DIALÓGICOS UTILIZADOS

Mapa sobre posicionamentos identitários e produções de sentido acerca da autonomia

Quem fala	Posicionamentos identitários construídos sobre ter autonomia	Posicionamentos identitários construídos sobre não ter autonomia
Nome fictício	[Fala] (Linhas x-y)	[Fala] (Linhas y-z)

Mapa sobre os sentidos que os usuários do CAPS III constroem sobre sua participação no Projeto Terapêutico Singular

Quem fala	Participação no Projeto Terapêutico Singular	Tomada de decisão no Projeto Terapêutico Singular
Nome fictício	[Fala] (Linhas h-i)	[Fala] (Linhas i-j)

Mapa sobre ações de incentivo à autonomia realizadas pelo CAPS III no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular

Quem fala	Ações do CAPS de incentivo à autonomia	Ausência de ações de incentivo à autonomia no CAPS
Nome fictício	[Fala] (Linhas k-m)	[Fala] (Linhas m-n)

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Via do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

Gostaríamos de formalizar um convite para sua participação na pesquisa intitulada “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB, sob a responsabilidade de Thiago de Souza Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, e da Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso (orientadora), docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

Antes de decidir sobre sua permissão para participar da pesquisa, é importante que entenda a finalidade dela e como será feita. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa tem como objetivo geral investigar como os usuários do CAPS III de Campina Grande-PB exercem sua autonomia, por meio dos relatos construídos por eles sobre o seu cotidiano. Os objetivos específicos serão: saber, através dos relatos, se a autonomia está sendo incentivada pelo CAPS III no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS; analisar os sentidos que os usuários do CAPS III constroem sobre sua participação nesse projeto terapêutico; e conhecer os posicionamentos identitários que controem em seus relatos. O estudo se justifica por promover um espaço, sem caráter terapêutico, de fala, escuta e trocas sociais com foco na autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, no que diz respeito aos seus projetos de cuidado em saúde, o que pode auxiliar os usuários e profissionais dos serviços de saúde mental e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial a refletirem sobre esse processo. Os resultados da pesquisa poderão contribuir, também, com a comunidade científica e a sociedade civil, pois se espera que a ciência contemporânea seja interdisciplinar, direcionada para o cotidiano das relações socialmente constituídas.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e de caráter exploratório, a ser realizado no espaço do CAPS III, em Campina Grande - Paraíba. Para poder participar, a(o) voluntária(o) deve ser usuária(o) do CAPS III, estar referenciado nele, em acompanhamento ativo e ter idade igual ou superior a 18 anos.

Os dados serão coletados por meio de um diário de campo, uma oficina de fotografia e uma entrevista semiestruturada, ambas presenciais. O diário de campo é uma ferramenta metodológica em que o pesquisador registra as experiências consideradas relevantes vivenciadas no cotidiano da pesquisa. A oficina de fotografia será realizada em oito encontros, como um espaço de construção de vínculo entre o pesquisador e os pesquisado, com exercício teórico e prático sobre a fotografia, e espaço de trocas sociais e diálogos sobre a autonomia, objeto deste estudo. A entrevista semiestruturada contará com um roteiro de perguntas a serem realizadas em apenas um encontro com a(o) participante. Caso aceite participar, será solicitado que a(o) voluntária(o) assine esse TCLE e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV), para que se proceda ao desenvolvimento da oficina de fotografia, de forma grupal e gravada, e à aplicação da entrevista, de forma individual e gravada.

Vale ressaltar que será garantido o anonimato dos participantes, por meio da utilização de pseudônimos ou siglas numeradas (exemplo: nome de artistas e/ou Entrevistada/o E1, E2, E3...) para descrição das informações produzidas na pesquisa.

Sua participação será voluntária e sem ganhos financeiros de qualquer natureza. A pesquisa pode ocasionar constrangimento ou desconforto emocional, tendo em vista os temas abordados durante a entrevista. Com o intuito de sanar esse dano, o pesquisador, como psicólogo (CRP 13/7676) e com experiência de trabalho em serviços de saúde mental, poderá fazer o acolhimento psicológico e acessar os serviços necessários da rede, especialmente a profissional de referência do CAPS. Também existe o risco de transmissão pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e variantes e, consequentemente, da COVID19. Sendo assim, providências serão tomadas para evitar e/ou reduzir tal risco, a saber: o pesquisador estará devidamente vacinado contra o vírus e com a vacinação em dia da 2ª e 3ª doses e cumprirá as medidas de proteção estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o distanciamento social mínimo de um metro e meio, o uso obrigatório de máscara e higiene frequente das mãos. Serão disponibilizados álcool em gel 70% e máscara tripla descartável de polipropileno para a face, caso haja necessidade.

As informações obtidas na pesquisa podem impactar positivamente o local da pesquisa e as políticas públicas de saúde mental do município.

A pesquisa está sendo desenvolvida com respaldo nas Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que consideram a ética como um fator determinante para a realização de uma pesquisa séria e de boa qualidade, comprometida com a mudança social e com a valorização dos seres humanos.

A(o) voluntária(o) poderá recusa-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer

momento e fase da realização da pesquisa, sem que sofra qualquer penalização ou prejuízo, tem o direito de não responder qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa, de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados individuais serão mantidos sob sigilo e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. O participante deve guardar consigo uma cópia desse documento.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro para os participantes voluntários deste projeto científico, tendo em vista que não haverá procedimento que causem danos físicos ou financeiros a eles. No entanto, se houver encargos financeiros de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa ficarão sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora responsáveis pela pesquisa. Isto é, garantem-se o ressarcimento e a indenização, caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, resguardados o sigilo e qualquer meio que possa identificar os participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas (Res. Nº 466/2012). Em caso de dúvidas, você poderá obter mais informações entrando em contato com Thiago de Souza Santos, por meio do telefone 83 99648 4733 ou do e-mail: thiago.souza.santos@aluno.uepb.edu.br. Se suas dúvidas não forem esclarecidas pelo pesquisador e pela orientadora ou se seus direitos forem negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar do Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

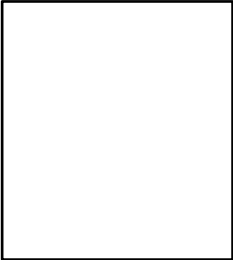
Depois de ter sido informada(o) sobre a finalidade da pesquisa “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB e de ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

eu _____

concordo em participar do estudo como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando minha identidade. Assino esse termo,

juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor: uma via fica sob meu poder, e outra, em poder do pesquisador.

Campina Grande- PB, _____de _____de _____.



Participante

Responsável legal (Quando se aplicar)

Thiago de Souza Santos - Pesquisador responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

Gostaríamos de formalizar um convite para sua participação na pesquisa intitulada “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB, sob a responsabilidade de Thiago de Souza Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, e da Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Velôso (orientadora), docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

Antes de decidir sobre sua permissão para participar da pesquisa, é importante que entenda a finalidade dela e como será feita. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa tem como objetivo geral investigar como os usuários do CAPS III de Campina Grande-PB exercem sua autonomia, por meio dos relatos construídos por eles sobre o seu cotidiano. Os objetivos específicos serão: saber, através dos relatos, se a autonomia está sendo incentivada pelo CAPS III no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS; analisar os sentidos que os usuários do CAPS III constroem sobre sua participação nesse projeto terapêutico; e conhecer os posicionamentos identitários que controem em seus relatos. O estudo se justifica por promover um espaço, sem caráter terapêutico, de fala, escuta e trocas sociais com foco na autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, no que diz respeito aos seus projetos de cuidado em saúde, o que pode auxiliar os usuários e profissionais dos serviços de saúde mental e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial a refletirem sobre esse processo. Os resultados da pesquisa poderão contribuir, também, com a comunidade científica e a sociedade civil, pois se espera que a ciência contemporânea seja interdisciplinar, direcionada para o cotidiano das relações socialmente constituídas.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e de caráter exploratório, a ser realizado no espaço do CAPS III, em Campina Grande - Paraíba. Para poder participar, a(o) voluntária(o) deve ser usuária(o) do CAPS III, estar referenciado nele, em acompanhamento ativo e ter idade igual ou superior a 18 anos.

Os dados serão coletados por meio de um diário de campo, uma oficina de fotografia e uma entrevista semiestruturada, ambas presenciais. O diário de campo é uma ferramenta

metodológica em que o pesquisador registra as experiências consideradas relevantes vivenciadas no cotidiano da pesquisa. A oficina de fotografia será realizada em oito encontros, como um espaço de construção de vínculo entre o pesquisador e os pesquisado, com exercício teórico e prático sobre a fotografia, e espaço de trocas sociais e diálogos sobre a autonomia, objeto deste estudo. A entrevista semiestruturada contará com um roteiro de perguntas a serem realizadas em apenas um encontro com a(o) participante. Caso aceite participar, será solicitado que a(o) voluntária(o) assine esse TCLE e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV), para que se proceda ao desenvolvimento da oficina de fotografia, de forma grupal e gravada, e à aplicação da entrevista, de forma individual e gravada.

Vale ressaltar que será garantido o anonimato dos participantes, por meio da utilização de pseudônimos ou siglas numeradas (exemplo: nome de artistas e/ou Entrevistada/o E1, E2, E3...) para descrição das informações produzidas na pesquisa.

Sua participação será voluntária e sem ganhos financeiros de qualquer natureza. A pesquisa pode ocasionar constrangimento ou desconforto emocional, tendo em vista os temas abordados durante a entrevista. Com o intuito de sanar esse dano, o pesquisador, como psicólogo (CRP 13/7676) e com experiência de trabalho em serviços de saúde mental, poderá fazer o acolhimento psicológico e acessar os serviços necessários da rede, especialmente a profissional de referência do CAPS. Também existe o risco de transmissão pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e variantes e, conseqüentemente, da COVID19. Sendo assim, providências serão tomadas para evitar e/ou reduzir tal risco, a saber: o pesquisador estará devidamente vacinado contra o vírus e com a vacinação em dia da 2ª e 3ª doses e cumprirá as medidas de proteção estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o distanciamento social mínimo de um metro e meio, o uso obrigatório de máscara e higiene frequente das mãos. Serão disponibilizados álcool em gel 70% e máscara tripla descartável de polipropileno para a face, caso haja necessidade.

As informações obtidas na pesquisa podem impactar positivamente o local da pesquisa e as políticas públicas de saúde mental do município.

A pesquisa está sendo desenvolvida com respaldo nas Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que consideram a ética como um fator determinante para a realização de uma pesquisa séria e de boa qualidade, comprometida com a mudança social e com a valorização dos seres humanos.

A(o) voluntária(o) poderá recusa-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento e fase da realização da pesquisa, sem que sofra qualquer penalização ou prejuízo, tem o direito de não responder qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa para

tal.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa, de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados individuais serão mantidos sob sigilo e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. O participante deve guardar consigo uma cópia desse documento.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro para os participantes voluntários deste projeto científico, tendo em vista que não haverá procedimento que causem danos físicos ou financeiros a eles. No entanto, se houver encargos financeiros de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa ficarão sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora responsáveis pela pesquisa. Isto é, garantem-se o ressarcimento e a indenização, caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, resguardados o sigilo e qualquer meio que possa identificar os participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas (Res. Nº 466/2012). Em caso de dúvidas, você poderá obter mais informações entrando em contato com Thiago de Souza Santos, por meio do telefone 83 99648 4733 ou do e-mail: thiago.souza.santos@aluno.uepb.edu.br. Se suas dúvidas não forem esclarecidas pelo pesquisador e pela orientadora ou se seus direitos forem negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar do Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

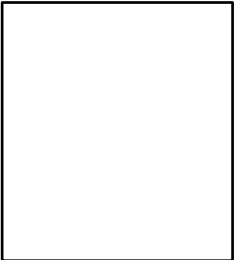
CONSENTIMENTO

Depois de ter sido informada(o) sobre a finalidade da pesquisa “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB e de ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

eu _____

concordo em participar do estudo como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando minha identidade. Assino esse termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor: uma via fica sob meu poder, e outra, em poder do pesquisador.

Campina Grande- PB, _____ de _____ de _____.



Participante

Responsável legal (Quando se aplicar)

Thiago de Souza Santos - Pesquisador responsável

**ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ
(TAGV)**

Via do pesquisador

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

Eu, _____, depois de conhecer os riscos e os benefícios que a pesquisa intitulada “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB poderá trazer e, especialmente, os métodos que serão usados para a coleta de dados e de estar ciente da necessidade de gravar a oficina de fotografia e a minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, o pesquisador Thiago de Souza Santos a gravar minha voz no grupo da oficina de fotografia e na entrevista sem custos financeiros para nenhuma parte.

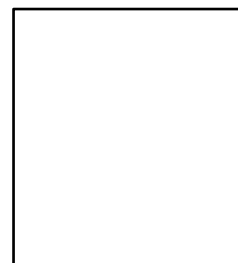
Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos, entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita com minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. Os dados coletados serão guardados durante cinco anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador coordenador da pesquisa Thiago de Souza Santos. Passado esse período, serão destruídos;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Esses compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução

Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos.

Campina Grande- PB, _____de _____de _____.



Assinatura do participante da pesquisa

Responsável legal (Quando se aplicar)

Thiago de Souza Santos - Pesquisador responsável

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

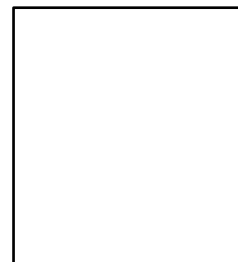
Eu, _____, depois de conhecer os riscos e os benefícios que a pesquisa intitulada “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB poderá trazer e, especialmente, os métodos que serão usados para a coleta de dados e de estar ciente da necessidade de gravar a oficina de fotografia e a minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, o pesquisador Thiago de Souza Santos a gravar minha voz no grupo da oficina de fotografia e na entrevista sem custos financeiros para nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos, entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita com minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. Os dados coletados serão guardados durante cinco anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador coordenador da pesquisa Thiago de Souza Santos. Passado esse período, serão destruídos;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Esses compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos.

Campina Grande- PB, _____ de _____ de _____.



Assinatura do participante da pesquisa

Responsável legal (Quando se aplicar)

Thiago de Souza Santos - Pesquisador responsável

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM (TAI)

Via do pesquisador

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM (TAI)

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador(a) da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av./Rua _____, nº. _____, Bairro _____ município de _____/Paraíba. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre imagens de fotos, para ser utilizada na **Exposição Fotográfica**, intitulada _____. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional, das seguintes formas: (I) impressa; (II) arte exposição.

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato:

Via do participante

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM (TAI)

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador(a) da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av./Rua _____, nº. _____, Bairro _____ município de _____/Paraíba. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre imagens de fotos, para ser utilizada na **Exposição Fotográfica**, intitulada _____. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional, das seguintes formas: (I) impressa; (II) arte exposição.

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato:

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UEPB)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "OUTRAR-SE" SUJEITO: AUTONOMIA E SENTIDOS CONSTRUÍDOS POR PESSOAS USUÁRIAS DO CAPS III DE CAMPINA GRANDE/PB

Pesquisador: THIAGO DE SOUZA SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68079223.7.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.026.102

Apresentação do Projeto:

Lê-se: Promover um espaço, sem caráter terapêutico, de fala, escuta e trocas sociais com foco na autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, no que diz respeito aos seus projetos de cuidado em saúde, o que pode auxiliar os usuários e profissionais dos serviços de saúde mental e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial a refletirem sobre esse processo."

DIANTE DO EXPOSTO, O ESTUDO SE MOSTRA RELEVANTE.

Objetivo da Pesquisa:

OS OBJETIVOS ATENDEM AO RECORTE TEMÁTICO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ATENDE A RESOLUÇÃO

466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

SEM PENDÊNCIAS

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.026.102

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ATENDE A RESOLUÇÃO

466/12

Recomendações:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM PENDÊNCIAS

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2093608.pdf	10/04/2023 15:14:19		Aceito
Outros	TAGV_Duas_Vias.pdf	10/04/2023 15:13:33	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Duas_Vias.pdf	10/04/2023 15:13:01	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Qualificacao_Thiago_Souza_Santos.pdf	10/04/2023 15:12:47	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_De_Concordancia_Projeto_Pesquisa_ThiagoSouzaSantos.pdf	10/04/2023 15:11:55	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Autorizacao_Institucional_Thiago_Souza_Santos.pdf	17/03/2023 13:16:56	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Pesquisador.pdf	17/03/2023 13:16:07	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CEP_ThiagoSouzaSantos_Assinada.pdf	17/03/2023 13:09:11	THIAGO DE SOUZA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.026.102

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 27 de Abril de 2023

Assinado por:

Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.813.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado “Outrar-se” sujeito: autonomia e sentidos construídos por pessoas usuárias do CAPS III de Campina Grande/PB, desenvolvida pelo estudante de mestrado, Thiago de Souza Santos, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação da professora Dra. Thelma Maria Grisi Veloso.

Campina Grande, 17 de Março de 2023.

Atenciosamente,

Livia Sales Cirilo
(Coordenação de Saúde Mental)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.
Telefones: (83) 3315-5126