



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Ana Caroline da Silva Nascimento

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS): UM ESTUDO SOBRE O CAPS GERAL I
– NISE DA SILVEIRA – FORTALEZA/CEARÁ**

FORTALEZA-CE

2014

Ana Caroline da Silva Nascimento

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS): UM ESTUDO SOBRE O CAPS GERAL I – NISE DA
SILVEIRA – FORTALEZA/CEARÁ**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Planejamento e Políticas
Públicas da Universidade Estadual do Ceará,
como requisito parcial para a obtenção do grau
de mestre em Planejamento e Políticas Públicas.**

**Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.
Orientadora: Profa. Dra. Liduína Farias Almeida da Costa.**

FORTALEZA-CE

2014

ANA CAROLINE DA SILVA NASCIMENTO

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS): UM ESTUDO SOBRE O CAPS GERAL I – NISE DA SILVEIRA –
FORTALEZA / CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

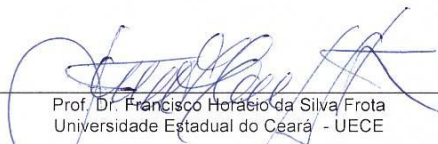
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 30/06/2014

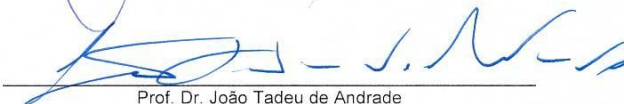
BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Liduina Farias Almeida da Costa
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. João Tadeu de Andrade
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Dedico à minha mãe Jacqueline, pelo incentivo e confiança que deposita em mim.

RESUMO

A pesquisa que deu suporte a dissertação teve como objeto a dinâmica de funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza/CE e os referenciais avaliativos de familiares dos usuários acerca desse centro. Objetivo geral: compreender a efetividade do CAPS GERAL I – Nise da Silveira, segundo a ótica de familiares dos usuários. Objetivos específicos: verificar os arranjos e/ou dispositivos do referido CAPS potentes em produzir transformações no cotidiano das famílias dos seus usuários; entender quais as expectativas dos familiares quanto às práticas assistenciais oferecidas nesse centro; compreender a dinâmica de atuação da equipe de saúde mental, suas relações com o Projeto Quatro Varas e seus efeitos sobre os usuários do CAPS em referência. Metodologia: pesquisa qualitativa, utilizando-se de fontes bibliográficas e documentais. A bibliográfica priorizou a compreensão do sentido da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil desde a década de 80 até os dias atuais, priorizando a obra de Pitta (1996). A estrutura e o funcionamento dos CAPS's foram encontrados na obra de Tenório (2002), destacando-se a estrutura física, quadro profissional e serviços ofertados. Na documental examinou-se a Portaria Nº 224/92 que estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental, a Lei Nº 12.151/93 que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos de assistência, além de regular a internação compulsória no estado do Ceará, a Lei Nº 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental, além do exame ao Manual /CAPS (Ministério da Saúde) e documentos institucionais do CAPS Geral I - Nise da Silveira. A pesquisa de campo foi realizada no CAPS Geral I- Nise da Silveira em Fortaleza/ Ceará, o qual considerado, segundo Bachelard (1995), como “caso particular do possível”. Os sujeitos do estudo foram familiares acompanhantes de usuários no decorrer do atendimento. A amostra foi constituída por saturação com abrangência de vinte sujeitos. Os instrumentos utilizados foram a entrevista semiestruturada e a observação. Resultados: os familiares de usuários do CAPS Geral I - Nise da Silveira o avaliaram com base nas suas vivências e na assistência real que os usuários recebem. Conclusão: há uma distinção significativa entre a concepção de efetividade utilizada para avaliar políticas públicas, geralmente priorizando metas, e os referenciais construídos pelos familiares dos usuários, tratando-se de um alerta para se repensar os “modelos” de avaliação de serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Avaliação de Políticas Públicas. Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

The research that supports dissertation had as object the dynamics of running a Psychosocial Care Center (CAPS) from Fortaleza / CE and the evaluative benchmarks of family members about this center. General Objective: to understand the effectiveness of GENERAL CAPS I - Nise da Silveira, from the viewpoint of the family members. Specific Objectives: check arrangements and / or devices that produce potent CAPS transformations in the everyday lives of families of their users; understand what the family expectations regarding care practices offered at this center; understand the dynamics of operation of the mental health team, their relations with the Four Courts Project and its effects on users in CAPS reference. Methodology: Qualitative research using bibliographic and documentary sources. The literature prioritized understanding towards the implementation of community mental health services in Brazil since the 80s to the present day, prioritizing the work of Pitta (1996). The structure and operation of CAPS's were found in the work of Tenorio (2002), highlighting the physical structure, professional staff and services offered. In the documentary examined whether Ordinance No. 224/92 establishing guidelines and standards for mental health care, Law No. 12,151 / 93 which provides for the phasing out of psychiatric hospitals and their replacement by other resources of assistance in addition to regular compulsory hospitalization in the state of Ceará, Law No. 10,216 / 01 which provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the model of mental health care in addition to the examination manual / CAPS (Ministry of Health) and institutional documents of the General CAPS I - Nise da Silveira. The field research was conducted in CAPS General I-Nise da Silveira in Fortaleza / Ceará, which considered, according Bachelard (1995), as "particular case as possible." The study subjects were accompanying family members during the service. The sample consisted of saturation coverage of twenty subjects. The instruments used were semi-structured interview and observation. Results: The relatives of members of the General CAPS I - Nise da Silveira evaluated it based on their experiences and real assistance that users receive. Conclusion: There is a significant distinction between the concept of effectiveness used to evaluate public policies, generally prioritizing targets and benchmarks built by families of users, in the case of an alert to rethink the "models" for the evaluation of mental health services.

Keywords: Evaluation of Public Policies. Mental Health Policy. Psychiatric Reform. Psychosocial Care Center. Deinstitutionalization

RESUMEN

La investigación que apoya la tesis tuvo como objeto la dinámica de funcionamiento de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Fortaleza / CE y los puntos de referencia de evaluación de los miembros de la familia sobre este centro. Objetivo general: comprender la eficacia de GENERAL CAPS I - Nise da Silveira, desde el punto de vista de los miembros de la familia. Objetivos Específicos: comprobar los arreglos y / o dispositivos que producen CAPS potentes transformaciones en la vida cotidiana de las familias de sus usuarios; entender cuáles son las expectativas de la familia con respecto a las prácticas de atención que se ofrecen en este centro; entender la dinámica de funcionamiento del equipo de salud mental, sus relaciones con el Proyecto de Four Courts y sus efectos sobre los usuarios en referencia CAPS. Metodología: La investigación cualitativa utilizando fuentes bibliográficas y documentales. La literatura priorizó la comprensión hacia la implementación de los servicios comunitarios de salud mental en Brasil desde los años 80 hasta la actualidad, dando prioridad a la labor de Pitta (1996). La estructura y el funcionamiento de la CAPS se encuentran en la obra de Tenorio (2002), destacando la estructura física, el personal profesional y los servicios ofrecidos. En el documental examina si la Ordenanza N ° 224/92 se establecen directrices y normas para la atención de la salud mental, la Ley N ° 12151/93, que prevé la eliminación gradual de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por otros recursos de asistencia, además de regular de hospitalización obligatoria en el estado de Ceará, la Ley N ° 10216/01, que prevé la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirige el modelo de atención de salud mental, además de los manuales examen / CAPS (Ministerio de salud) y los documentos institucionales del general CAPS I - Nise da Silveira. La investigación de campo se llevó a cabo en el CAPS General I-Nise da Silveira en Fortaleza / Ceará, que considera, según Bachelard (1995), como "caso particular de lo posible." Los sujetos de estudio fueron acompañando a sus familiares durante el servicio. La muestra consistió en la cobertura de la saturación de veinte temas. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista y la observación semi-estructurada. Resultados: Los familiares de los miembros de la general CAPS I - Nise da Silveira lo evaluó en base a sus experiencias y la asistencia real que reciben los usuarios. Conclusión: Existe una diferencia significativa entre el concepto de eficacia utilizado para evaluar las políticas públicas, en general los objetivos y puntos de referencia construidos por las familias de los usuarios priorizar, en el caso de una alerta de repensar los "modelos" para la evaluación de los servicios de salud mental.

Palabras clave: Evaluación de las Políticas Públicas. Políticas de Salud Mental. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atención Psicosocial. La desinstitucionalización.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Mapa das Seis Regionais em que foi dividida a Cidade de Fortaleza-CE-70

Figura 2- Fachada do Prédio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira-----73

Figura 3- Acolhimento feito aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira-----75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRATECOM- Associação Brasileira de Terapia Comunitária.
- AHF- Assistência Heterofamiliar.
- CAPS- Centro de Atenção Psicossocial.
- CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.
- CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil.
- CDMAC- Centro Dragão do Mar de Arte e Cultura.
- CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental.
- ESF- Estratégia Saúde da Família.
- FEMOCOPI- Federação do Movimento Comunitário do Pirambu.
- IPC- Instituto de Psiquiatria do Ceará.
- IPECE- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará.
- MISMEC- Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária.
- MS- Ministério da Saúde.
- MTSM- Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.
- NASF's- Núcleos de Assistência à Família.
- NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial.
- NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde.
- OPAS- Organização Panamericana de Saúde.
- PIB- Produto Interno Bruto.
- PNASH- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria.
- PRH- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica.
- PT- Partido dos Trabalhadores.
- SER I- Secretaria Executiva Regional I.
- SNAS- Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
- SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos.
- SUS- Sistema Único de Saúde.
- TC- Terapia Comunitária.
- TCI- Terapia Comunitária Integrativa.
- TR- Terapeuta de Referência.
- UFC- Universidade Federal do Ceará.

SUMÁRIO

Introdução -----	11
1 A Política Pública de Saúde Mental no Brasil e os CAPS como estratégia substitutiva aos hospitais psiquiátricos: Um processo de Desinstitucionalização? -----	20
1.1 A institucionalização segundo Goffman-----	20
1.2 A proposta de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica-----	29
2 Saúde Mental e a Terapia Comunitária como aliadas na perspectiva de mudanças -----	48
2.1 A Terapia Comunitária: Conceitos e Etapas-----	49
2.2 A Terapia Comunitária Inserida na Área da Saúde-----	58
2.3 O projeto Quatro Varas e a Perspectiva da Terapia Comunitária como Propulsora de Mudanças-----	64
3 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) GERAL I: Estrutura e Funcionamento -----	68
3.1 A cidade de Fortaleza como cenário do CAPS-----	68
3.2 O CAPS Geral I- CAPS Geral Nise da Silveira-----	70
3.2.1 Estrutura e Dinâmica de Funcionamento-----	73
4 Referenciais Utilizados pelos Familiares dos Usuários para Avaliar O CAPS GERAL I – Nise da Silveira -----	84
4.1 O Perfil Socioeconômico dos Familiares dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I-----	85
4.2 Desinstitucionalização: um Termo Ausente -----	86
Considerações Finais -----	99
Bibliografia -----	101
Apêndice -----	109

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1960 em países como a Itália, e dos anos 1980 no Brasil, a necessidade de se repensar as práticas em saúde mental torna-se evidente, em face das condições desumanas de tratamento a que eram expostas as pessoas com transtorno mental, mantidas distantes da sociedade e dos seus familiares.

Como resultado desse processo de avaliação da saúde mental oferecida até então, intensifica-se o processo de reforma psiquiátrica no país. A reforma psiquiátrica defende o processo de desinstitucionalização em consequente substituição dos manicômios por novos dispositivos de acolhimento e tratamento, surgindo assim os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), forma de tratamento que se propõe a romper com os paradigmas do modelo asilar.

Conforme previsto pela reforma psiquiátrica, os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, teriam valor estratégico para a desinstitucionalização, à medida que possibilitariam a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no País.

De acordo com o Manual/CAPS, Brasília, 2004, é função dos CAPS's prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a reinserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS's organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS's são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território

Tendo em vista a proposta de reformulação da assistência psiquiátrica, a família é chamada a assumir um importante papel no cuidado e acompanhamento dos sujeitos com transtorno mental que utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A participação da família passou a ser considerada pelos idealizadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como um importante determinante para o sucesso do novo tratamento para o transtorno mental, oferecido aos usuários dos CAPS.

Assim sendo, no atual contexto da assistência psiquiátrica, uma parte significativa dos profissionais considera a família – não raramente compreendida por eles de modo abstrato – como espaço privilegiado da prática do cuidado. Segundo documentos que tratam da referida assistência, a família deverá ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de adesão aos novos espaços de tratamento da pessoa com transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve, segundo as perspectivas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ser encarada como foco de intervenção e avaliação desse novo processo de tratamento.

Nessa perspectiva, as famílias deveriam ser ouvidas, ter sua realidade/sofrimento compreendido e acolhido, ou seja, deveriam ser vistos como atores avaliadores dos serviços e/ ou tratamentos oferecidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O tema da assistência psiquiátrica tem sido objeto de reflexões de muitos pesquisadores, gerando dessa forma um grande número de pesquisas, destacando-se entre elas: as que propõem a realização de avaliação e para isso relacionam objetivos propostos e objetivos alcançados; as que avaliam estrutura e processo de certos serviços da área; as que visam avaliar a dinâmica das equipes interdisciplinares; as que avaliam a efetividade dessas políticas sob a ótica das famílias; as que avaliam a efetividade dessas políticas sob a ótica dos profissionais; as que avaliam a efetividade dessas políticas sob a ótica dos usuários; sob a ótica da comunidade; as que cruzam Centro de Atenção psicossocial (CAPS) e estratégia saúde da família (ESF); as que avaliam as ações intersetoriais e as estratégias dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) sob a ótica dos gestores.

Em razão do meu contato com o tema desde 2009 no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral II, quando pesquisei Reabilitação Psicossocial da Pessoa com Transtorno Mental e o papel da Família, o presente trabalho tem um sentido de continuidade, mas se insere especificamente no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica.

O objetivo geral é compreender como é construída a avaliação da efetividade das estratégias dos Centros de Atenção psicossocial (CAPS) sob a ótica de familiares de usuários desses centros de apoio.

Relativamente aos objetivos específicos, trata-se de verificar, segundo a ótica dos familiares dos usuários do CAPS Geral I- Nise da Silveira, quais são os arranjos e/ou dispositivos do CAPS potentes em produzir transformações nos cotidianos desses familiares; compreender a efetividade do CAPS segundo a ótica dos familiares dos usuários dos serviços de saúde mental do CAPS Geral I- Nise da Silveira; entender quais as perspectivas e anseios dos familiares quanto às práticas assistenciais oferecidas pelo CAPS Geral I- Nise da Silveira; investigar a atuação dos profissionais da saúde mental junto aos familiares e usuários do CAPS Geral I- Nise da Silveira.

Para a compreensão do que vem a ser efetividade considera-se importante realçar a existência de versões e significações a este respeito, de modo que, para determinada linha de pesquisadores o significado de efetividade pode ser exemplificado pela proposta de Castro (2010) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Para este autor, a “avaliação de efetividade das políticas públicas tem como objetivo avaliar se uma política está realizando aquilo que deveria, comparando às metas estabelecidas inicialmente para determinar se o programa está atingindo os objetivos e/ou se os objetivos precisam ser revistos em função dos resultados concretos”.

Porém, na pesquisa de natureza qualitativa que deu suporte a presente dissertação não se adotou a definição de efetividade ora citada, em razão de considerá-la restrita quando se trata de avaliar serviços de saúde mental,

especialmente os que são ofertados pelo CAPS, cujas funções mencionou-se acima.

Assim compreendendo, optou-se por reconhecer como parâmetro de efetividade aquilo que é real para as famílias de usuários do CAPS, tanto em termos de atendimento recebido, como do cumprimento das funções do CAPS. Portanto, os parâmetros adotados distinguem-se daqueles que levam em conta apenas as metas estabelecidas. Buscou-se uma aproximação com os parâmetros que são construídos e validados pelos familiares dos usuários a partir das condições reais que eles encontram no CAPS os quais, evidentemente, têm referências também nas suas vivências enquanto pessoas (reais) que convivem com familiares em sofrimento mental, assim como no imaginário e nas representações que, ao longo de gerações, essas pessoas (reais) construíram sobre a “doença mental” e os respectivos serviços públicos disponíveis.

O percurso metodológico consistiu inicialmente na escolha da abordagem qualitativa, que segundo Minayo (1994), responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode (ou não deveria ser) quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos valores e das atitudes.

Segundo essa autora, o objeto da pesquisa qualitativa é o universo da produção humana que pode ser resumida no mundo das relações, das representações e da intencionalidade. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significações, aspirações, crenças, valores e atitudes, contribuindo dessa forma para uma compreensão adequada de certos fenômenos sociais de relevância no aspecto subjetivo. Possibilita aos participantes da pesquisa expressarem suas percepções e representações, valorizando o conteúdo apresentado pelos sujeitos (Minayo, 1994).

Em razão da natureza qualitativa da pesquisa, constituiu-se uma amostra representativa. Quanto à pesquisa empírica, priorizou-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira, situado a Rua Frei Teobaldo, nº320, no bairro Carlito Pamplona em Fortaleza, pela sua inter-relação com o

Projeto Quatro Varas – para propiciar maior esclarecimento ao leitor dessa dissertação, este projeto será descrito em capítulo específico para tal – pois se esperava que em razão da relação entre ambos, o Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira funcionasse alinhado com a perspectiva de desinstitucionalização.

A decisão de desenvolver o estudo no CAPS Geral I, na cidade de Fortaleza, deve-se especialmente à sua localização no bairro do Pirambu, onde se situa o Projeto Quatro Varas, e por esta proximidade entre ambos, os usuários do Centro de Atenção Psicossocial –CAPS Geral I são encaminhados para as Rodas de Terapia Comunitária do referido Projeto e passam a frequentar concomitantemente os dois espaços de assistência à Saúde Mental. Foram envolvidos na pesquisa familiares de usuários do CAPS Geral da Secretaria Executiva Regional I, que são encaminhados ao Projeto Quatro Varas e familiares que frequentam exclusivamente o CAPS Geral I.

Para os propósitos da pesquisa que originou esta dissertação, o objeto de estudo construído a partir do Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira é considerado segundo (Bachelard, 1995, p.55), como “caso particular do possível” porque possibilita não a generalização, mas uma aproximação acerca dos demais CAPS’s de Fortaleza, no que se refere aos resultados da pesquisa.

Para selecionar-se a amostra – que foi de natureza representativa – estabeleceu-se, inicialmente, contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em março de 2014. Depois de compreender-se o funcionamento do serviço e estabelecer algumas relações com profissionais, usuários e familiares destes, passou-se ao processo de delimitação da amostra. Para tanto, o principal critério de escolha foi o fato de tratar-se de familiares de usuários que os acompanhavam, efetivamente, durante as atividades e serviços ofertados pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I. De um modo geral, encontravam-se entre esses familiares: as mães, irmãs, cunhadas, esposas e, em menor proporção, outras mulheres.

Por meio de processo de inclusão progressiva e saturação chegou-se a uma amostra de dez (10) familiares de usuários que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I e que também participam das Rodas de Terapia Comunitária do Projeto Quatro Varas e dez (10) familiares que frequentam exclusivamente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I. Interrompeu-se a realização das entrevistas fundamentada no critério de saturação, ou seja, segundo Minayo (1994), quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começaram a ter uma regularidade de informações.

Para iniciar-se a pesquisa de campo realizou-se entrevistas com questões semiestruturadas junto aos familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

O emprego desse instrumental, nessa etapa da pesquisa, justificou-se pela possibilidade de permitir o acesso a um número maior de sujeitos além de ser um importante instrumento utilizado nas pesquisas qualitativas. As entrevistas foram realizadas no período da manhã, na recepção do CAPS Geral I, enquanto os familiares dos usuários aguardavam atendimento com o médico clínico geral.

A técnica de entrevista semiestruturada permitiu aos familiares entrevistados contribuir no processo de investigação com liberdade espontaneidade, sem perder a objetividade.

Os instrumentos utilizados além da entrevista, foram a observação em profundidade e as anotações de diário de campo.

As entrevistas foram semiestruturadas, pois combinaram perguntas fechadas e abertas – as quais se constituíram com base nos referenciais construídos pelas famílias, segundo já esclarecido anteriormente – o que possibilitou aos entrevistados discorrerem sobre o tema em questão, sem se prenderem, unicamente, às indagações formuladas.

Quanto à observação em profundidade trata-se, de acordo com Minayo (1994), de um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador

de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica.

Ainda, de acordo com a mesma autora um diário de campo é caracterizado, da seguinte forma: as anotações de todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições que compõem o quadro das representações sociais.

O principal instrumento de observação para a pesquisa foram as anotações do diário de campo, pois possibilitaram escrevermos todas as informações que não fizeram parte do material reunido por meio das entrevistas em suas várias modalidades, ou seja, tudo aquilo que ao longo da pesquisa se sente que não foi contemplado pelas entrevistas e que foi de suma importância para a melhor compreensão da realidade dos pesquisados em questão.

O material produzido durante a pesquisa foi analisado segundo o método hermenêutico-dialético. Segundo Minayo (1994), nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. “Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produza fala” (MINAYO, 1994, p.77).

O primeiro nível de interpretação foi feito, segundo a proposta em questão, ou seja, as determinações fundamentais. Esse nível, de acordo com Minayo (1994), diz respeito à: conjuntura socioeconômica e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado; história desse grupo e política que se relaciona a esse grupo.

O segundo nível de interpretação baseou-se no encontro que se realiza com os fatos surgidos na investigação. Esse nível foi, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada da análise. “As comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a

observação de cerimônias e rituais foram aspectos considerados nesse nível de interpretação” (MINAYO, 1994, p.78).

De acordo com a obra de Minayo (1994), para a análise dos dados obtidos na pesquisa, seguiram-se três passos específicos, que foram: a) ordenação dos dados obtidos na pesquisa, através de um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, incluindo uma releitura do material, organização dos relatos obtidos, por meio das entrevistas e dos dados da observação em profundidade; b) posteriormente fez-se a classificação destes dados subsidiada pela leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo, dessa forma, interrogações para identificarmos o que surge de relevante a partir dos relatos dos atores sociais envolvidos nesta pesquisa. Com base no que se encontra de relevante nos textos, elabora-se as categorias específicas pertinentes à pesquisa; c) na análise final procura-se estabelecer articulações entre os dados obtidos na pesquisa e os referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos da mesma.

A presente dissertação desenvolveu-se em quatro capítulos. No primeiro capítulo intitulado “A Política Pública de Saúde Mental no Brasil e os CAPS como estratégia substitutiva aos hospitais psiquiátricos: Um processo de Desinstitucionalização?” abordou-se a concepção de Institucionalização na visão de Goffman (autor do livro Manicômios, conventos e prisões), o processo de institucionalização brasileira e as estratégias das Políticas Públicas de Saúde Mental na tentativa de rompimento com o modelo secularmente conhecido como hospitalocêntrico, privilegiando a abordagem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS’s) como estratégicos na possibilidade de substituição das internações psiquiátricas.

No segundo capítulo “Saúde Mental e a Terapia Comunitária como aliadas na perspectiva de Mudanças” descreveu-se a conceituação, as etapas e desdobramentos da Terapia Comunitária, enquanto facilitadora do processo de superação de traumas e sofrimentos psíquicos da pessoa humana, buscando a substituição da medicalização do sofrimento.

No terceiro capítulo “O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I: Estrutura e Funcionamento” fez-se uma descrição acerca da estrutura e do funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira, local da pesquisa empírica.

No quarto capítulo, intitulado “Referenciais utilizados pelos familiares dos usuários para avaliar o CAPS Geral I Nise da Silveira” buscou-se interpretar os referenciais avaliativos dos familiares de usuários entrevistados. Ou seja, a partir da compreensão e das vivências desses familiares tentou-se perceber como e a partir de que eles avaliaram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira; apresenta-se um perfil socioeconômico dos familiares entrevistados e suas famílias e desenvolve-se a análise de todo o material obtido durante a pesquisa, incluindo as anotações do diário de campo e o conteúdo das entrevistas, à medida que são feitas alusões ao que foi oficialmente estabelecido como propósitos oficiais do CAPS.

A interpretação desse material foi facilitada não apenas pela observação em profundidade que se realizou durante as visitas institucionais ao CAPS Geral I- Nise da Silveira, como também ao Projeto Quatro Varas, mas também em razão do convívio com o tema desde 2009, conforme já mencionado. A pesquisa realizada autoriza a afirmar-se que os familiares entrevistados constroem seus referenciais de avaliação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira, segundo suas experiências pessoais e subjetivas construídas em seus cotidianos. Fato esse que poderá ser explicado, não simplesmente porque eles poderiam desconhecer as funções dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) do país, mas porque há uma distância entre o que é almejado e o que de fato está disponível para os usuários e suas famílias. Haveria ainda o CAPS imaginado oficialmente e CAPS's reais que ainda não conseguem efetivar a “missão” da desinstitucionalização, como aquele em se realizou a pesquisa.

1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS CAPS COMO ESTRATÉGIA SUBSTITUTIVA AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: Um Processo de Desinstitucionalização?

Problematizar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil requer inicialmente compreender o que é institucionalização, quais as suas estratégias e finalidades, bem ainda entender como e onde esta se processava no país até que emergissem resistências da sociedade a tais estratégias.

1.1 A institucionalização segundo Goffman

Para Goffman (1990), a institucionalização refere-se ao espaço (lócus) institucional em si onde suas características são materializadas e suas estratégias operacionalizadas. Em seu livro *Manicômio, Prisões e Conventos*, o autor apresenta a definição de instituições totais e as caracteriza como:

“(...) um local de residência ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. (Goffman, 1990, p.11).

De acordo com Goffman, o processo de institucionalização ocorre inicialmente pela mortificação do “eu” do internado, através do rebaixamento, da humilhação, das degradações e das profanações do conjunto de disposições sociais trazidas pelo interno, advindas do mundo doméstico. Ou seja, as concepções que o indivíduo tem de si mesmo e daqueles que lhe parecem significativos são paulatinamente desfeitas durante sua estadia nas instituições totais.

“O seu ‘eu’, é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta

pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (Goffman, p.24, 1961).

Os processos pelos quais o internado é destituído progressivamente do seu “eu” anterior à institucionalização seguem uma mesma lógica nas instituições totais, como é o caso dos hospitais psiquiátricos.

No primeiro momento busca-se romper com as relações externas que a pessoa internada mantinha anteriormente ao processo de institucionalização, qual seja, a barreira que tais instituições colocam entre o internado e o mundo externo. É comum a proibição das visitas vindas de fora e das saídas do estabelecimento, o que garante essa ruptura inicial, que para o processo de institucionalização, será necessidade primordial para que a pessoa internada venha a assimilar as novas regras e conduta impostas pela instituição.

Esse processo de ruptura a que é submetido o internado, tem como produto final a perda dos papéis exercidos por ele na vida social e cotidiana. Muitas pessoas que passaram por um longo período de institucionalização, ao voltarem para a vida em sociedade sofrem perdas irre recuperáveis, como por exemplo, o tempo não empregado no progresso educacional e profissional, a mãe que não acompanhou as fases de desenvolvimento de seus filhos, além da falta de destreza nas relações afetivas e amorosas.

O processo de admissão dos internados, também configura uma das etapas de mortificação do “eu”, é comum em instituições totais atitudes como: obtenção de uma história de vida, tirar fotografias, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelos, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto às regras, designar um local para o internado (Goffman, PP.25-26,1961).

Conforme Goffman (1961), o processo de admissão pode ser caracterizado como uma despedida e um começo, e o ponto médio do processo pode ser marcado pela nudez. É nesse processo de admissão que

fica claro para o internado quais as suas possibilidades e limites dentro da instituição.

A perda de propriedade e bens por parte do internado acarreta ainda mais a mortificação do “eu”, a propriedade mais significativa que este perde é o seu próprio nome, já que nas instituições totais é comum a substituição de seus nomes por números de prontuários. Também é comum a perda da identidade pessoal, já que ao internar-se em uma instituição total, a pessoa internada tem seus pertences pessoais confiscados e trocados por outros da própria instituição. Junto com a perda da identidade pessoal vem atrelada a desfiguração pessoal, que ocorre através de processos de mutilações diretas e permanentes do corpo.

Embora essa mortificação do eu através do corpo seja encontrada em poucas instituições totais, a perda de um sentido de segurança pessoal é comum, e constitui um fundamento para angústias quanto ao desfiguramento. Pancadas, terapia de choque, ou, em hospitais para doentes mentais, cirurgia- qualquer que seja o objetivo da equipe diretora ao dar tais serviços para os internados- podem levar estes últimos a sentirem que estão num ambiente que não garante sua integridade física (Goffman, p.29, 1961).

Depois da admissão, o internado tem a sua imagem atacada de outras formas. O internado é obrigado a adotar movimentos, posturas e poses inferiores as que ele está acostumado a adotar na sociedade civil. Nas instituições totais, como por exemplo, os hospitais para doentes mentais, são numerosas as “indignidades” físicas que são submetidos os pacientes com transtornos mentais.

“... nos hospitais para doentes mentais os pacientes são obrigados a comer de colher” (Goffman Apud Johnson e Dodds).

As indignidades de fala e ação também são comuns e exigidas do internado e correspondem as indignidades de tratamento que outros lhe dão. Os exemplos padronizados são aqui as profanações verbais ou de gestos: pessoas da equipe dirigente ou outros internados dão ao indivíduo nomes obscenos, podem xingá-lo, indicar suas

qualidades negativas, “gozá-lo”, ou falar a seu respeito com outros internados como se não estivesse presente (Goffman, p.31, 1961).

Qualquer que seja a forma ou a fonte dessas diferentes indignidades, o indivíduo precisa participar de atividades cujas consequências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu. Um exemplo que caracteriza tal afirmação é o fato dos internos terem a obrigação de executar uma rotina diária de vida que considera estranha a si.

Nas instituições totais há outra forma de mortificação; a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu – por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens – fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas.

Nas instituições para doentes mentais, por exemplo, os internados não podem impedir que os visitantes os vejam em circunstâncias humilhantes. “Os exames médicos e de segurança muitas vezes expõem fisicamente o internado, às vezes a pessoas de ambos os sexos; uma exposição semelhante decorre de dormitórios coletivos e banheiros sem porta” (Goffman Apud Behan).

De modo geral, evidentemente, o internado nunca está inteiramente sozinho; está sempre em posição em que possa ser visto e muitas vezes ouvido por alguém, ainda que pelos colegas de internamento.

Outro tipo ainda mais evidente de exposição contaminadora seja a de tipo diretamente físico – a sujeira e a mancha no corpo ou em outros objetos intimamente identificados com o eu do internado.

“Uma forma muito comum de contaminação se reflete em queixas a respeito de alimento sujo, locais em desordem, toalhas sujas, sapatos e roupas impregnados com o suor de quem os usou

antes, privadas sem assentos e instalações sujas para o banho” (Goffman Apud Johnson e Dodds).

A contaminação imposta pela obrigatoriedade de ficar deitado perto do moribundo também foi citada em alguns relatórios sobre hospitais para doentes mentais. Finalmente, em algumas instituições totais o internado ainda sofre um tipo de contaminação física não menos invasiva que as anteriores, o internado é obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos, desejados ou não, e a comer o alimento, por menos agradável que esteja.

O internado ainda pode sofrer outro tipo de contaminação física; quando a contaminação acontece pelo contato interpessoal imposto e, conseqüentemente, uma relação social imposta. Além disso, o hábito de, em hospitais para doentes mentais, misturar grupos etários, étnicos e raciais, pode fazer com que o internado sinta que está sendo contaminado por contato com companheiros indesejáveis.

A mortificação dos sentimentos do internado pode ser evidenciada por relatos de alguns doentes mentais, que eram obrigados a discutir em público as relações íntimas que mantinham com outros internados, nas sessões de terapia intensiva.

Além das formas diretas de mortificação do eu do internado, temos uma seqüência de fatos perturbadores na relação usual entre o ator individual e seus atos.

A primeira perturbação, a ser considerada aqui é o “circuito”: uma agência que cria uma resposta defensiva do internado e que, depois, aceita essa resposta como alvo para seu ataque seguinte. O indivíduo descobre que o simples ato defensivo, tão natural na vida social, pode acarretar uma serie de castigos e punições dentro da instituição. “O indivíduo descobre que sua resposta protetora diante de um ataque ao eu falha na situação: não pode defender-se da forma usual ao estabelecer uma distância entre a situação mortificante e o seu eu” (Goffman, p.40, 1961).

Um segundo ataque ao status do internado como um ator pode ser citado como um assalto de forma imprecisa sob as categorias de arregimento e tiranização.

Numa instituição total os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato (Goffman, p.42, 1961).

A autoridade nas instituições totais se dirige para um grande número de itens de conduta – roupas, comportamento, maneiras – que ocorrem constantemente e que constantemente devem ser julgados. O internado não pode fugir facilmente da pressão de julgamentos oficiais e da rede envolvente de coerção. Nas instituições totais é comum a necessidade de esforço e persistência na execução das tarefas para que o internado evite ter problemas com os dirigentes.

As instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo--- que é uma pessoa com decisões “adultas”, autonomia e liberdade de ação, ou seja, esta prova da autonomia da pessoa é enfraquecida por algumas obrigações específicas---por exemplo, precisar escrever uma carta semanal para a família, ou ser obrigado a não expressar mau humor. A perda de decisão pessoal é uma das características mais marcantes nas instituições totais.

Nessas instituições, as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos.

No Brasil, tal como na imensa maioria dos países ocidentais, por mais de um século e meio a institucionalização foi a forma de tratamento empregada aos portadores de transtornos mentais, esta prática esteve referenciada a hospitais psiquiátricos especializados, resultando num modelo excludente e centralizador, produzindo dessa forma uma população estigmatizada. A oferta de hospitais psiquiátricos esteve, sobretudo, concentrada nas grandes metrópoles, deixando vastas regiões sem qualquer forma de assistência aos transtornos mentais.

A partir da criação do I hospício brasileiro, a ampliação dos espaços, a disciplina e o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais e diagnósticos, e a constante vigilância dos alienados dá-se início a psiquiatria brasileira.

A literatura existente sobre a criação do Hospício D. Pedro II, nos revela que a criação do hospício está diretamente relacionada ao crescimento e reordenamento da cidade (urbanização) e à necessidade de recolhimento dos habitantes desviantes que perambulavam pelas ruas: os desempregados (imigrantes principalmente, que não aceitavam as condições de trabalho existentes), os mendigos, os órfãos, os marginais de todos os tipos e os loucos- os quais eram recolhidos aos Asilos de Mendicância e de Órfãos, administrados pela Santa Casa de Misericórdia (BELMONTE, 1998).

Rapidamente a superlotação do hospício D. Pedro II, nesse período, intensifica-se muito mais, numa velocidade alarmante, pessoas com transtornos mentais vinham de todas as partes do Brasil.

Os tratamentos oferecidos a essas pessoas, em surto, internados eram: a indução de convulsões por inalação de cânfora, o choque insulínico em pacientes agitados, a eletricidade, experimentado primeiro em porcos para depois aplica-la em seres humanos; esse método foi de imediato adotado pelas instituições psiquiátricas, fazendo com que esse período fosse conhecido, na história da psiquiatria, de Era dos eletrochoques.

Concomitantemente a esses tratamentos empregados junto aos pacientes, era feito o uso de camisa-de-força, com o objetivo de imobilizar esses pacientes em surto, quando não, alternativa muito empregada era a

substituição da camisa-de-força por celas fortes, verdadeiras solitárias, aonde os pacientes permaneciam até a remissão dos seus surtos.

Os internos eram muitas vezes espancados; além dos tratamentos oficiais eram aplicadas formas de “castigos cruéis, estupros, e todas as sortes de punições como se culpassem os pacientes pelo seu estado de transtorno”. Por vezes as internações eram feitas pela própria polícia, num período em que os transtornos mentais passaram a ser caso de polícia.

Mesmo com a criação do hospício D. Pedro II, pode-se observar que não foi o bastante para resolver o problema de exclusão e sofrimento desses pacientes com transtornos mentais, pois prontuários encontrados na época no referido hospício evidenciam a subdivisão de classes sociais e conseqüentemente os tratamentos diferenciados que eram dados aos pacientes de acordo com a classe a qual pertenciam.

Critica-se, também, a criação dos hospícios pelo seu cunho lucrativo, ou seja, criou-se a produção da indústria da loucura visando os lucros dessas “instituições financeiras”.

Alguns fatores como a superlotação, o atendimento degradante, as precárias e descuidadas instalações, e a condição desumana empregada aos pacientes, em sua maioria pobre, fez com que processo de decadência do hospício D. Pedro II acelerasse e fosse alvo de grandes críticas feitas pelos intelectuais da época.

Como alternativa para os diversos problemas apontados pela sociedade no tocante a criação do hospício D. Pedro II, o Estado encontra nas colônias de alienados a saída para tais problemas. As colônias de Alienados representaram uma tentativa de resolver os problemas da superlotação e da mistura de pacientes curáveis com os incuráveis no mesmo ambiente. No entanto essa nova alternativa não surtiu o tal efeito esperado, visto que os investimentos por parte do Estado aconteciam de maneira precária e pontual, além de ter em seu funcionamento as mesmas características de institucionalização do hospital psiquiátrico.

Outra proposta terapêutica dos anos 20/30 foi a assistência heterofamiliar (AHF). A adoção desse modelo baseou-se no acontecimento na colônia de Geel, na Bélgica, no século VII: várias pessoas com transtornos

mentais de todo o mundo acorriam a Geel da Santa Protetora dos “Doentes Mentais”, Difna. Alguns deles não mais retornavam a seus lugares de origem, lá permanecendo. E eram acolhidos na localidade, integrando-se às famílias da região. Posteriormente, o Estado incorporou essa experiência espontânea realizadas pelos moradores da localidade e construiu um hospital central para atender os casos agudos e as intercorrências.

No Brasil, Juliano Moreira propõe que a AHF seja instalada próximo ou anexa a uma colônia agrícola. À época, as ainda casas funcionais da colônia Juliano Moreira são construídas com o objetivo de implantar essa nova proposta.

No entanto, as novas práticas terapêuticas, os trabalhos agrícolas e a Assistência Heterofamiliar não levaram a cura dos pacientes. O trabalho serviu apenas para manter os setores do asilo em funcionamento, com a exploração da mão de obra gratuita desses pacientes, tanto pelo estabelecimento como pelas famílias que os receberam, as chamadas famílias nutrícias.

A partir de 1930 as propostas terapêuticas alternativas, como por exemplo, as colônias agrícolas, modificam-se para o tradicional e tão bem conhecido sistema fechado de “hospitalização definitiva” para os incuráveis.

Nos anos que se seguiram a partir da década de 1930 a assistência psiquiátrica, no Brasil, às pessoas com transtornos mentais é feita basicamente através das internações no Hospital Nacional- antigo Hospício D. Pedro II- e nas colônias de Jacarepaguá e a de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro.

Da década de 30 até o início dos anos 40, a assistência em saúde mental restringia-se apenas à capital do país, é a partir de 1941 que a ação do Governo Federal faz-se presente em todos os estados brasileiros.

Nas décadas de 50 e 60 a psiquiatria pública brasileira começa a perder espaço para as internações psiquiátricas feitas em hospitais privados, mediante inúmeros convênios com o Estado. Mesmo as internações psiquiátricas feitas nessas instituições privadas não deixaram de ser segregadoras, alienantes e com baixíssima eficiência do sistema de qualidade exercido pelos órgãos de controle de qualidade do Estado.

1.2 A proposta de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica

Somente com a chegada dos anos 1970 e as transformações políticas e sociais que trouxe em seu bojo, é que se passou a repensar a configuração da assistência psiquiátrica no Brasil, ou seja, começa-se a desenhar a proposta de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Amarante (1995), a noção de desinstitucionalização, era entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização e, seus princípios fundamentais eram: prevenção de internações inadequadas, elegendo alternativas sociais comunitárias para o tratamento; ressocialização dos internos que apresentem preparo adequado; criação de um sistema de suporte comunitário para egressos ou outros que precisem de serviços em saúde mental.

A desinstitucionalização em essência nasceu como crítica ao modelo hospitalocêntrico e visa uma ampliação do território psiquiátrico, ou seja, aumentam o conceito de patologia para o de desvio, desajustamento, propiciando o surgimento de inúmeros novos serviços, ampliando o número de pessoas atendidas e aumentando as possibilidades de intervenção técnica (AMARANTE, 1995).

Esse movimento de reforma psiquiátrica ocorre, no Brasil, concomitantemente a eclosão do Movimento Sanitário Brasileiro.

Embora contemporâneo da reforma sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria e permeada de influências internacionais, que passam a combater a violência asilar sofrida por aqueles que vivenciavam o confinamento dentro dessas instituições asilares (manicômios e hospitais psiquiátricos públicos e privados). Decisivo também foram as ideias advindas dos movimentos sociais da década de 70, que colocaram em pauta os direitos dos pacientes psiquiátricos e denunciaram a falência do modelo hospitalocêntrico, até então vigente no país.

De acordo com Delgado (1992) a reforma psiquiátrica brasileira tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania da pessoa com transtorno mental, que durante muito tempo, e principalmente pelos métodos empregados, esteve obrigatoriamente tutelado.

O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do Sistema Único de Saúde (Conselhos gestores de unidades, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, Conferências). Trata-se, afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental.

É nos anos 90, no entanto, que as experiências de usuários e seus familiares passam a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica. Organizados em associações, usuários e familiares passam a relatar suas vivências, discutir os equipamentos de saúde e a imprimir uma discussão no campo da Reforma Psiquiátrica que ultrapassa o campo técnico. Usuários e familiares passam a entrar na cena do debate político, e empoderam-se como atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços.

O processo de desinstitucionalização e a progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil tornam-se política pública a partir da década de 1990 e ganha maior ritmo em 2002 com as iniciativas políticas do Ministério da Saúde, através das normatizações que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para que tal processo se consolide

A participação dos usuários e seus familiares não se dá, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos Movimentos Sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que pessoas com transtornos mentais e seus familiares vêm conseguindo garantir seus direitos,

apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do “louco” da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira é construir um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais.

É no ano de 1978 que ocorre efetivamente, no Brasil, a eclosão do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Nesse momento, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), associações de familiares de pacientes com transtorno mental, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas que vinham de um longo período de internação passaram a protagonizar e a construir uma crítica radical à violência dos manicômios, à mercantilização da loucura e, principalmente, ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico como única forma de se tratar a loucura.

As influências internacionais, prioritariamente, a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica aos manicômios são decisivas para o Brasil vislumbrar a possibilidade de ruptura com os modelos tradicionais de assistência psiquiátrica.

No II Congresso Nacional do MTSM (ocorrido em Bauru- SP, em 1987) expressa claramente a nova assistência que esse movimento reivindica, adotam para esse congresso o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Alavancando esse novo ideal de assistência psiquiátrica surge nesse mesmo ano o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, local denunciado por práticas de maus-tratos e inúmeras mortes de pacientes. Essa intervenção, que ganhou repercussão nacional, demonstrou de forma inegável a urgência de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e a necessidade de construção de uma rede de cuidados que substituísse progressivamente as internações hospitalares.

Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital psiquiátrico e associações de profissionais da saúde mental, familiares e pacientes com

transtornos mentais. A experiência de Santos (SP) passa a ser um marco no processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país, começando dessa forma a construção legal do arcabouço de legitimidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1990, realizou-se a Conferência de Caracas, sob a égide da Organização Panamericana (OPAS), da qual resultou a Declaração de Caracas. Este documento, do qual o Brasil é signatário, aponta para a substituição do modelo hospitalocêntrico em psiquiatria, então vigente, por outro de base comunitária. A partir das críticas que se vinham acumulando e, notadamente, após a realização desta Conferência, o sistema de saúde brasileiro, em sintonia com as transformações em curso internacionalmente, deu início ao processo de reestruturação de sua assistência psiquiátrica, sob a coordenação do Ministério da Saúde, e com substancial apoio da OPAS, apresentando extraordinário desenvolvimento nesta última década.

A partir de 1992, os Movimentos Sociais Brasileiros, inspirados pelo projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. É a partir desse período que a política do Ministério da Saúde do Brasil para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Concomitantemente, e seguindo-se a lógica de descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar, resultando na implantação gradativa de uma rede diversificada de serviços de atenção diária, que já ultrapassava a casa das três centenas em 2002.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou seja, para a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental. A articulação em rede dos diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a

constituição de um conjunto eficaz e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. A rede de Atenção à Saúde Mental do SUS definiu-se assim como a base comunitária.

A ideia fundamental discutida é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas pelo processo de institucionalização, em um País de acentuadas desigualdades sociais e regionais. É a articulação em rede de diversos equipamentos e serviços da cidade, e não apenas equipamentos de saúde, além de Leis de alcance nacional, que podem garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Nas últimas décadas, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através da instituição pelo Ministério da Saúde de mecanismos seguros para a redução de leitos psiquiátricos no país e a estruturação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Iniciativas como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a criação e efetivação do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem garantindo a progressiva redução de milhares de leitos psiquiátricos no Brasil e o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos.

Entre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma progressiva, planejada e responsável, está o PNASH/Psiquiatria, instituído em 2002, por iniciativa do Ministério da Saúde. Esse programa é um dos pilares do processo de desinstitucionalização, funcionando como um instrumento avaliador permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos públicos e particulares conveniados à rede SUS, ao mesmo tempo que serve de parâmetro aos prestadores de serviços dessas instituições para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas

estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além de descredenciar aqueles hospitais psiquiátricos sem a mínima qualidade na assistência prestada a seus usuários.

O PNASH/Psiquiatria foi o primeiro processo avaliativo sistemático, anual, implantado no Brasil para avaliar os hospitais psiquiátricos brasileiros. Anteriormente, a avaliação dos hospitais psiquiátricos centralizava-se em dois processos, ou seja, as supervisões hospitalares, realizadas por supervisores do SUS e as fiscalizações ou auditorias que atendiam as denúncias de mau funcionamento das unidades hospitalares.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e a inserção dos hospitais à rede de atenção à saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do Sistema Único de Saúde.

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares-PNASH/Psiquiatria. O PNASH conseguiu nas últimas décadas vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos fossem retirados do sistema de saúde, sem acarretar desassistência para a população.

O processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos. Em muitos estados e municípios brasileiros o PNASH/Psiquiatria exerceu a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de inúmeros hospitais psiquiátricos e da consequente expansão da rede extra-hospitalar. Em permanente aprimoramento, o PNASH/Psiquiatria ainda exerce impacto importante no avanço do processo de reforma psiquiátrica em municípios e estados com forte tradição hospitalar.

A desinstitucionalização e a efetiva reinserção das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de longas internações psiquiátricas ou não.

Embora, as residências terapêuticas configurem-se como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na comunidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar os moradores em seu processo de reinserção na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade, são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços Residenciais Terapêuticos, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores.

Uma residência terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar, e do circular na cidade, em busca de autonomia do usuário. De fato, a reinserção de um usuário em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de atenção psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Especialmente importantes nos municípios- sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de morada.

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos.

A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, desde 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, são alguns dos componentes para a expansão desta rede de cuidados em saúde mental em substituição ao modelo tradicional de assistência às pessoas com transtornos mentais e naturalmente o que deverá garantir a progressiva desinstitucionalização das mesmas.

Desta forma podemos entender por desinstitucionalização o processo de desmanche de todo o aparato físico, político e legal que sustentaram por décadas, no Brasil, a segregação em que viviam as pessoas com transtornos mentais, ou seja, entende-se por desinstitucionalização o processo de desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a desinstitucionalização. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no País. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a

reinserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação sirva como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

Os CAPS's – assim como os NAPS's (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o

funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Para ser atendido num CAPS pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora.

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço.

A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS. Por isso, é importante que o CAPS procurado seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa.

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Como dissemos anteriormente, ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento.

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re) definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas

necessidades. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Semi-intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional.

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica pode favorecer a apropriação, pelos usuários, do seu próprio projeto terapêutico através do Terapeuta de Referência, que é uma pessoa fundamental para esse processo e precisa pensar sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o

serviço e com os profissionais e estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais.

Os usuários devem procurar os técnicos para tirar dúvidas e pedir orientação sempre que precisarem, entrando direta ou indiretamente em contato com o CAPS mesmo quando não estiverem em condições de ir ao serviço. A participação dos usuários nas Assembleias muitas vezes é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com o CAPS. As associações de usuários e/ou familiares muitas vezes surgem dessas assembleias que vão questionando as necessidades do serviço e dos usuários. Os usuários devem ser incentivados a criar suas associações ou cooperativas, onde possam, através da organização, discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação dos CAPS.

As organizações de usuários e/ou familiares têm cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial no Brasil, participando ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam à maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais.

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento.

A presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico. Os familiares também têm criado associações, com outros familiares e/ou usuários, que podem ser um

importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabem aos Centros de Atenção Psicossocial o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, estas instituições são o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial, instituídos com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), através da portaria/ SNAS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992. O modelo dos CAPS foi proposto na Itália, sob as influências de Franco Basaglia, e está sendo construído e adaptado no Brasil desde 1986.

As atividades dos Centros de Atenção Psicossocial devem incluir ações dirigidas aos usuários e familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço.

A implantação dos CAPS justificou-se pela necessidade de existir um sistema de atenção diária e de atendimento territorial em saúde mental eficiente e competente que, além de reduzir as internações, pudesse oferecer um serviço de excelência nas ações de saúde mental. Serviço este, em consonância com os princípios e diretrizes da política de saúde mental, da Lei nº 10.216, de 08 de Abril de 2001, do disposto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/2002.

Os objetivos específicos dos CAPS são: garantir um cuidado personalizado a pessoas com intenso sofrimento psíquico e dificuldade de inserção social, com intuito de buscar uma viabilização de inclusão do sujeito no processo produtivo, proporcionando dessa forma, o resgate da cidadania; realizar uma abordagem multiprofissional dos casos integrando as diversas áreas de conhecimento/atuação, possibilitando assim uma maior compreensão do sujeito em questão; estimular a participação dos usuários em atividades

produtivas seja em oficinas abrigadas, seja criando convênios ou outras formas de participação em empresas públicas, privadas ou filantrópicas; estimular formas alternativas e cooperadas de moradia aos usuários que delas necessitem; estimular e promover eventos culturais e recreativos próprios ou em articulação com outras organizações sociais, que propiciem intercâmbio entre usuários, famílias e comunidade; desenvolver, em parceria com órgãos formadores, um programa docente- assistencial com linhas de investigação que contemplem o campo de saúde mental na sua complexidade, visando a busca da reabilitação psicossocial; ser, em parceria com órgãos formadores, centro formador de profissionais e campo de estágio; ser referências aos equipamentos de saúde do território, responsabilizando-se pela regulação da demanda e da organização da rede de cuidados em saúde mental; e, por fim, ser núcleo de sistematização de práticas de atenção intensiva.

Os Centros de Atenção Psicossocial desempenham o papel de regular a porta de entrada da rede assistencial de cuidados em saúde mental dos municípios. Atendem crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais, crônicos e agudos e os usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Os usuários são atendidos, nestas instituições, a partir de encaminhamentos feitos por outras unidades; profissionais dos postos e centros de saúde; hospitais gerais e psiquiátricos, conselho tutelar, poder judiciário, ONG's e demandas espontâneas. É importante salientar, que no processo de tratamento, o usuário será tomado como sujeito de toda proposta terapêutica e não como objeto tornando-se assim, um ator participante dentro do processo de reabilitação psicossocial.

De acordo com PITTA (1996), os CAPS têm significado a partir de 1986, no Brasil, estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária, tendo a função de cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves, mais frequentemente egressos de internações em hospitais psiquiátricos.

Os NAPS e CAPS são definidos como “unidades de saúde locais/regionais que contam com uma população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos

de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Pela regulamentação legal, devem oferecer os seguintes atendimentos: individual, grupos de (psicoterapia, operativo, oficina terapêutica, atividades socioterapêuticas, entre outras); visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente com transtorno mental na comunidade e sua inserção social (Ministério da Saúde/Brasil, 1994).

É a partir da portaria 189/91 do Ministério da Saúde que é instituído no plano nacional, no rol dos “procedimentos” e dispositivos de atenção em saúde mental custeadas por verba pública, a figura dos Centros de Atenção Psicossocial. A importância desse arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivos públicos a outras modalidades da assistência que não os tradicionais (internação e ambulatórios de consultas).

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Não existem dúvidas de que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. A implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Embora esteja clara a tendência de ampliação igualitária da cobertura, a distribuição dos Centros de Atenção psicossocial ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. Existem hoje no Brasil 1.982 CAPS em funcionamento, distribuídos em quase todos os estados brasileiros. O indicador CAPS/ 100.000 habitantes informa as diferentes

coberturas e ritmos de expansão dos Centros de Atenção Psicossocial nos estados, além de indicar aos gestores as necessidades de expansão da rede.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes- cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes- cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede de Centros de Atenção Psicossocial. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras- os municípios com mais de 50.000 habitantes representam apenas 0.63% dos municípios do País, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do Brasil. Os Centros de Atenção Psicossocial III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, os CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas e no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os

profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta de 13 profissionais de nível médio e superior.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

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

promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem recursos fundamentais para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais. Existem hoje no Brasil 960 CAPS I, 469 CAPS II, 75 CAPS III, 186 CAPSi e 302 CAPSad.

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial- espaços alternativos de cuidado em saúde mental- sofreu influências muito anteriores a sua criação, a despeito disso se podem citar as vivenciadas estruturas de "hospital-dia" desde os anos 40 na França, as ainda mais anteriores experiências das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones na Escócia, os Centros de Saúde Mental nos anos 60 nos Estados Unidos, os substitutivos dos manicômios constituem tais influências.

Os CAPS se propõem, em tese, a não reproduzir o modelo hospitalocêntrico (pautado na internação manicomial) que se caracteriza pela crença em verdade exclusiva de que os desvios são patológicos e como tal precisam ser tratados.

Sampaio (apud PITTA, 1996), refere que para os Centros de Atenção Psicossocial o eixo principal das políticas de saúde mental é extra-hospitalar, indisciplinar, otimista e humanista. E que estes espaços revolucionaram a atitude dos profissionais e da sociedade frente às concepções de natureza humana, natureza do transtorno mental e natureza dos direitos que envolvem a questão da cidadania.

2 SAÚDE MENTAL E A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ALIADAS NA PERSPECTIVA DE MUDANÇAS

A Terapia Comunitária é uma das técnicas mais utilizadas atualmente na área da saúde como perspectiva de complementaridade a promoção da saúde, incluindo, principalmente a saúde mental, visto que ela proporciona vivências significativas para a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, além de envolver as famílias nesse processo de resgate da autonomia do sujeito.

2.1 A Terapia Comunitária: conceitos e etapas

Barreto (2008), criador da Terapia Comunitária, enfatiza que a TC é um procedimento terapêutico realizado em grupo que promove a saúde e a atenção básica em saúde mental, sendo fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e de identidade cultural das comunidades, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais.

A TC constitui-se um espaço que proporciona a fala e a expressão do sofrimento e das situações de crise, assim como a oportunidade de união das famílias e do grupo social, facilitando a construção da rede de solidariedade entre as pessoas. É instrumento importante para o resgate cultural e da autoestima das populações menos favorecidas, constituindo um exercício de inclusão e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo.

A Terapia Comunitária é uma metodologia de intervenção em comunidades, por meio de encontros interpessoais e intercomunitários. A Terapia Comunitária Sistêmica e Integrativa (TCI) foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a coordenação do Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto.

De acordo com Barreto (2008), o termo terapia seria uma “palavra de origem grega, *therapeia*, que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa”. O mesmo autor define comunidade como sendo uma palavra composta de duas palavras comum + unidade, que identifica o que as pessoas têm em comum [...]. A palavra comunitária designa pessoas que têm características em comum: exclusão, sofrimento e apoio recíproco, buscando soluções e a superação para as dificuldades.

Segundo Barreto (2008), a Terapia Comunitária apresenta três características básicas:

- 1-Discussão e realização de um trabalho de saúde mental, preventivo e curativo, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde,

educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros. 2- ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de redes solidárias. 3- criação gradual de consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras (2008, p. 38).

O autor define Terapia Comunitária como um espaço de acolhimento para partilhas de sabedoria, de sofrimento vivenciado no cotidiano, de afinidades, de maneira circular e horizontal (BARRETO, 2008).

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) é uma metodologia que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura-se, nesses encontros, suscitar a dimensão terapêutica do grupo, valorizando a herança cultural dos antepassados, da multiculturalidade brasileira e do saber produzido pela experiência de vida de cada um (Barreto, 2008).

A finalidade da Terapia Comunitária é oferecer às comunidades espaços de escuta, reflexão e troca de aprendizagem, em busca de soluções para as situações apresentadas pelo grupo participante. Composta por uma grande roda de pessoas que pertencem a múltiplos universos culturais, na TC a palavra circula de maneira fluída, suscitando as múltiplas vozes não expressas nem ouvidas no cotidiano. Nela, cada um conta o seu conto, a sua história, construindo novos sentidos para o dia a dia.

Nos grupos de TC podem participar pessoas com as mais variadas vivências emocionais, com problemas psicossomáticos, pessoas hipertensas, diabéticas, gestantes, dependentes químicos, HIV positivos, adultos, idosos, crianças e adolescentes, pessoas amigas, próximas, parentes, vizinhos, colegas de trabalho (Barreto, 2008).

A sessão da TC se desenvolve percorrendo as seguintes fases:

- 1- Acolhimento/aquecimento;
- 2- Escolha da situação/tema a ser trabalhado;
- 3- Contextualização da situação/tema;

- 4- Problematização: reenvio ao grupo da situação/tema escolhido, através de mote, para reflexão/elaboração de pistas de soluções;
- 5- Término e ritual de agregação.

No acolhimento procura-se ambientar o grupo colocando as pessoas bem à vontade e confortáveis, de preferência em círculos. Dar boas vindas a todos, pedindo aos novos participantes para se apresentarem. Iniciar com músicas de boas vindas, cantar “parabéns” para os aniversariantes da semana e fazer vivências que integrem o grupo. Nesse momento o terapeuta comunitário apresenta uma síntese do que é a Terapia Comunitária e discorre sobre as regras ou condições para o funcionamento do grupo: 1- Promover o silêncio, estimular a escuta; 2- Falar sempre na 1ª pessoa do singular-eu-expressar a própria experiência daquilo que se vivencia; apresentar as próprias soluções encontradas; 3- Não fazer discurso, não dar conselhos ou sermão; 4- Entre as falas os participantes podem surgir uma música, um provérbio ou um ditado popular que esteja pertinente ao assunto comentado; 5- Os participantes podem convidar familiares, vizinhos ou amigos para o grupo.

Na escolha do tema, a fala fica aberta para os participantes apresentarem, de forma sucinta, os problemas ou situações que estão gerando preocupação. Após a exposição dos problemas, o grupo se manifesta escolhendo o tema daquela sessão e dizendo sumariamente o porquê da escolha.

Na fase de contextualização é solicitado à pessoa cujo tema foi escolhido, que explicita o problema ou situação apresentada. A pessoa em foco detalha a situação e, nesse momento, todos, inclusive os terapeutas, podem fazer perguntas para esclarecer melhor a questão. As perguntas vão ajudar na reordenação das ideias, quebra das certezas e, portanto, na criação de disponibilidades para mudanças. O terapeuta condutor deve estar atento para extrair dos depoimentos da pessoa escolhida o MOTE ou MOTES.

O MOTE é uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo durante a terapia. É um instrumento de transformação do problema a partir da dimensão individual para a dimensão grupal. Momento em que a terapia de grupo se transforma em terapia do grupo. Representa o ponto de encontro entre os participantes da terapia, aquilo que liga, solidariza, exprime a mesma

humanidade dentro de cada um. Uma vez extraído o MOTE, o terapeuta reenvia-o para o grupo por meio de perguntas do tipo: “quem já viveu uma situação parecida e o que fez para solucioná-la?” (MOTE tipo coringa) ou mesmo faz uma síntese do sentimento da pessoa que expôs o problema, repassando para que as pessoas do grupo coloquem suas vivências sobre aquele sentimento (MOTE tipo simbólico).

No momento em que o MOTE é retransmitido para o grupo chega-se na fase da problematização. Nessa fase, o grupo se coloca atendendo à solicitação do MOTE, sempre falando de sua própria experiência. O grupo torna-se envolvido com o problema e as alternativas apresentadas passam a ser do próprio grupo. Entende-se que o grupo alcança, então, uma compreensão diferenciada do problema, assim como a própria pessoa que o expôs pode vê-lo em diferentes vieses e compreensões.

Na finalização ou término, é proporcionado um ambiente de interiorização, de clima afetivo para que as pessoas se sintam apoiadas pelas outras. Pode-se fazer um círculo onde cada um se apoia no outro e entram num balançado harmônico. Músicas de suporte são cantadas. O terapeuta procura fazer conotações positivas a todos que se expressaram ou apresentaram seus sofrimentos e pede para que os participantes falem das coisas boas que mais lhes tocaram e que admiraram.

Em termos teóricos, a Terapia Comunitária está firmada em cinco eixos, que estão imbricados numa interrelação indissociável para sua metodologia, que são: Abordagem Sistêmica, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Educação Popular e Resiliência.

A Abordagem Sistêmica relaciona-se com as crises e os problemas que podem ser entendidos e resolvidos se percebermos que estão relacionados e que envolvem os diferentes aspectos: o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. Isso significa dizer que sou parte do problema e também parte da solução, pois como explica Barreto (2008), tudo está ligado, cada parte depende da outra, somos um todo.

A Teoria da Comunicação porque através da comunicação que se estabelecem os contatos entre as pessoas e, por conseguinte, a formação dos vínculos. Daí a necessidade de se desenvolver uma comunicação num contato

face a face e sem duplo sentido. A comunicação é um processo participativo dos indivíduos ou grupos sociais nas experiências dos outros, para o qual eles empregam elementos comuns. Assim, a teoria da comunicação pode ser percebida, de acordo com Barreto (2008), como um elemento de união entre os indivíduos, a família e a sociedade.

A Antropologia Cultural chama a atenção para a importância da cultura como um referencial em que cada membro de um grupo se baseia e retira sua habilidade para pensar, avaliar, discernir valores e fazer suas opções no cotidiano. Na cultura, não existe hierarquia, existe um saber produzido pela experiência de vida, por isso, como afirma Barreto (2008, p. 235), “Na Terapia Comunitária a cura passa pelo resgate das raízes e dos valores culturais que despertam no homem o valor e o sentido da pertença”.

A Educação Popular conforme Barreto (2008), o método libertador de Paulo Freire é “um chamado coletivo para criar e recriar, fazer e refazer através da ação e da reflexão. Desvendando novos conhecimentos e novas formas de intervir na realidade, os indivíduos tornam-se sujeitos da história, e não, meros objetos”.

Um aspecto fundamental na teoria freireana é a associação entre teoria e realidade, mostrando que, no ato de aprender, é preciso se ter um espaço de expressão dos problemas vivenciados pelos educandos, nos seus diferentes contextos (família, comunidade, igreja, escola, clube, etc.), vinculados ao conteúdo programado, pois a história de vida é fonte de saber e funciona como estímulo para que tanto os professores quanto os alunos se assumam como sujeitos sócio-histórico-culturais (BARRETO, 2008).

A Resiliência, como a própria história pessoal e familiar de cada participante, sendo uma fonte importante do conhecimento, uma vez que as crises, os sofrimentos e as vítimas de cada um, expostos no grupo, são utilizados como matéria-prima em um trabalho de criação gradual de consciência social, para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano.

A resiliência nos permite ultrapassar uma visão de mundo que exclui outras fontes produtoras de saber, portanto, é um processo em que o indivíduo, levado pelas torrentes da vida, pode vencer graças ao seu esforço. A Terapia

Comunitária apoia-se nas competências dos indivíduos e nos saberes produzidos pela experiência, resgatando um conhecimento produzido pela vivência, geralmente dolorosa e silenciada, por isso a medida que as pessoas falam de seus sofrimentos e dizem o que têm feito para resolvê-los, procura-se ressaltar as estratégias utilizadas por cada família e cada indivíduo.

A resiliência é um processo, um caminho a seguir, no qual o indivíduo é levado pelas correntes da vida a conseguir ou não vencer as adversidades, a partir dos mecanismos gerados por ele mesmo ou pela sociedade em que está inserido. Isso significa que a resiliência implica uma abordagem universal da saúde, que é um recurso a ser cultivado e obtido por todas as pessoas e está relacionada com a adaptação do indivíduo ao seu contexto (BARRETO, 2008).

Portanto a resiliência, um dos pilares básicos em que se apoia a TC, se refere ao saber que a pessoa adquire ao longo da vida, pela experiência, a luta, as vitórias sobre dores que poderiam tê-la quebrado ou, de fato, a quebraram durante anos. Segundo este pressuposto toda carência gera uma competência.

A TC vem sendo praticada em diversos contextos e várias comunidades, especialmente com os que formam a grande massa dos socialmente marginalizados/ excluídos e suas ações complementares incentivam a corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais e promovem mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas.

A Terapia Comunitária e a pedagogia de Paulo Freire partilham alguns princípios comuns que estão interconectados: a autonomia do sujeito, a horizontalidade do saber, a educação como prática libertadora, e a incompletude do ser humano.

O princípio da autonomia considera o ser humano como autor do seu próprio destino, livre e responsável, construtor da sua própria circunstância e, portanto, autor das práticas capazes de reconduzi-lo ou reconduzi-la à liberdade em caso de dominação ou opressão.

Já a horizontalidade do saber supõe que há uma fonte de conhecimento em cada homem, todos têm a sua própria vivência e a experiência de cada um é a fonte primária do saber que nos permite eleger e viver. A Terapia

Comunitária parte deste princípio, unindo saber popular e científico, numa amálgama que reconstrói pessoas e comunidades no seu protagonismo, rompendo com a cultura da vitimização e da miséria psíquica.

O caráter libertador da prática educativa supõe que o saber nos torna livre, e que podemos saber não acumulando conhecimento ou informação, mas nos apropriando da nossa própria experiência, nos tornando donos do que somos, dono de nós mesmos. Saber como somos e por que somos nos faz senhores da nossa vida e não vítimas das circunstâncias ou de algo ou de alguém em quem projetamos um dominador ou responsável pela nossa condição atual.

A Terapia Comunitária, entre outras coisas, talvez a mais importante, restitui a identidade da pessoa, o ser humano tem a oportunidade de reencontrar-se na terapia. Na Teologia da Libertação, o homem redescobre um ser divino que lhe acompanha e que acompanha a todos que se voltam para o cuidado dos excluídos. Na TC, a pessoa se reencontra consigo mesma, mas não com a mesmidade que parece coisa intimista ou excludente do coletivo, do social, e sim com a sua totalidade, com tudo que ela é. A pessoa recupera a imagem do ser inteiro que ela é, da sua trajetória de vida, seus valores, os esforços pessoais e familiares de que é resultado, o seu projeto de futuro, ancorado num pertencimento coletivo que antes apenas podia vislumbrar e agora se lhe aparece como um horizonte concreto de existência.

Há vários aspectos da pedagogia de Paulo Freire que se encontram incorporados na Terapia Comunitária. Dentre eles, a criticidade (como oposta à visão ingênua, alienada, do mundo), a contextualização, a problematização, o caráter dialógico da construção do conhecimento- e, mais, da construção da realidade-, a noção de opressor introjetado no oprimido- como um obstáculo à liberdade-, e a noção de que o processo educativo é sempre de duas vias: todos aprendem, o educador e o educando, isto é: todos somos educadores-educandos, por um lado, e, por outro, a ideia de que todos somos geradores de saber e de visões de mundo umas às outras, em um movimento contínuo de mútua contradição e complementariedade. A noção de que a vida é um processo incompleto, é outra das características do pensamento de Paulo Freire.

A Terapia Comunitária é mais do que um mero fazer. É um modo de ser, ou muitos modos de serem, entrelaçados, e cabe a cada um dos seus praticantes, terapeutas e formadores, discernir, a cada momento, o que seja esse viver em rede, esse ser em rede que acabamos descobrindo nesta vida construída entre muitos.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) centra a sua ação no sofrimento e não na patologia (sofrimento esse causado pelas situações estressantes de vida e do cotidiano), criando espaços de partilha, digerimos a ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde. Na TCI, procuramos promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente. Pois, cremos que a partilha de experiências no grupo mostra as possíveis estratégias de superação dos sofrimentos e estimula a comunidade a encontrar, nela mesma, as soluções dos seus conflitos.

Nesse sentido, a TCI é a partilha de experiências tendo um terapeuta comunitário como facilitador que objetiva a valorização das histórias de vidas dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. É função do terapeuta estimular as pessoas a serem corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano saindo da posição de vítimas.

Desde a sistematização da TCI, em 1987, mais de 13.600 terapeutas comunitários já se encontram capacitados pelos diversos polos de formação, em todas as Unidades da Federação, sob a orientação técnica da Universidade Federal do Ceará e a supervisão da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). Desde agosto de 2008, o Projeto de Implantação da Terapia Comunitária na rede SUS e no PSF vem sendo desenvolvido em mais de quinze estados brasileiros.

Barreto (2005) destaca, através do seu método, que a formação do Terapeuta Comunitário, deve acontecer com alguns critérios mínimos como:

Ser um profissional da área da saúde ou leigo, mas que já exerça alguma atividade de liderança. Faça capacitação de 160hs de aula + 200 horas de práticas supervisionadas. Já exerça uma

atividade de lideranças e/ou voluntária e participe do fortalecimento de redes sociais. Sinta-se interpelado diante da realidade social e existencial que o cerca. Seja legitimado pela comunidade e sinta-se corresponsável pela construção de uma cultura solidária. Aceite trabalhar em equipe numa perspectiva transcultural. Seja flexível e motivado ao aprimoramento contínuo. Seja aberto a inovações, a pluralidade sociocultural evitando todo dogmatismo ideológico gerador de dominação e exclusão (Barreto, 2005, p.38).

Ainda, segundo Barreto (2005), são funções do terapeuta comunitário:

Mobilizar, acolher e conduzir a terapia comunitária. Estar consciente dos objetivos da terapia e dos limites de sua intervenção para não extrapolar sua função. A Terapia Comunitária não se propõe a resolver problemas, e sim suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências e criar uma rede de apoio aos que sofrem. O terapeuta comunitário não deve assumir o papel de especialista fazendo interpretações e análises. Deve trabalhar o sofrimento das pessoas, estimular a partilha e possibilitar a construção de uma rede solidária. Deve trabalhar com as competências das pessoas, procurando, sempre através de perguntas “garimpar” o saber produzido pela vivência do outro. Através das perguntas e da qualidade da escuta a pessoa clarifica suas questões, no sentido de fazer suas próprias descobertas. Não deve colocar suas ideias na terapia, mas suscitar ideias do próprio grupo. Conhecer as diversas atividades que seu município desenvolve para que a terapia comunitária venha dar apoio às outras atividades, e não funcione de forma isolada das outras ações. Ser poliglota de sua própria cultura, ou seja, conhecer os diferentes códigos culturais utilizados na expressão do sofrimento (Barreto, 2005, p. 46).

A TCI, portanto, se configura como um espaço de palavra, de escuta e de vínculo, estruturado por regras precisas, permitindo a partir de uma situação problema emergir um conjunto de estratégias de enfrentamento para as inquietações cotidianas devido à troca de experiências vivenciadas num clima de tolerância e liberdade, protegidos de projeções e desejos de manipulação.

A TCI pode ser aplicada em qualquer espaço comunitário, onde uma vez escolhido o local, deve-se divulgar local e hora utilizando os diversos meios de comunicação. O terapeuta deve ainda estar atento para ações que mobilizem a comunidade a ponto de envolvê-la, para tanto formando uma equipe de animação, uma equipe de apoio.

A Terapia Comunitária Integrativa oferece a chance de partilhar soluções e mobilizar os recursos socioculturais na resolução dos problemas e na construção solidária da cidadania. A nossa ação conforme Barreto (2008, p. 105) “consiste em reativar as potencialidades da comunidade capazes de enfrentar a fragmentação provocada pela vida na rua”.

2.2 A Terapia Comunitária inserida na área da saúde

A terapia Comunitária afirma-se na ação reflexiva do sofrimento causado pelas situações estressantes do cotidiano. Trata-se de criar espaços de partilha dos sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos à saúde da população. Estes fatores estressantes só podem ser enfrentados com a força do grupo no devido tempo, antes que resultem em patologias, encarecendo o orçamento público de saúde e gerando gargalos. Através da TC, procura-se prevenir, promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente, o que é da competência dos especialistas.

A Terapia Comunitária tem o objetivo de promover saúde com a construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, resgate da identidade, restauração da autoestima e da confiança em si, ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais.

A Terapia Comunitária (TC) atua na saúde numa perspectiva integrativa, na qual a compreensão da cultura, da história de vida, contextos sociais, políticos, familiares e comunitários são fundamentais. O terapeuta comunitário estimula as pessoas a se expressarem verbalmente, para não adoecerem com depressão, gastrites, insônias e outras tantas doenças.

A proposta de inclusão da terapia comunitária na área da saúde rompe com o pensamento dominante, que considera: o povo ignorante e que precisa ser educado; que a tradição é um obstáculo ao progresso e que só existe um modelo de intervenção válido.

As diferentes fontes de saber advindas da academia (formal) e da experiência de vida (não formal) são consideradas indispensáveis na valorização e promoção da saúde. A TC busca resgatar, reconhecer, valorizar a cultura popular, que é um dos processos salutar para o trabalho da equipe de saúde da família.

Os encontros coletivos (rodas) promovidos pela Terapia Comunitária possibilitam as pessoas a partilhar dificuldades e superações, tendo na figura do terapeuta comunitário o facilitador, que estimula as potencialidades de cuidado, acolhimento e saúde da própria comunidade, permitindo que só afluem para os níveis secundários aqueles que de fato necessitem.

A Terapia Comunitária nos convida a perceber o ser humano, e seu sofrimento em rede relacional; não concentrar a atenção na doença, mas a busca deverá ser a promoção da saúde; priorizar além dos sintomas físicos das doenças; identificar não só a extensão da patologia, mas e, principalmente, o potencial de cura daqueles que sofrem com a patologia.

Os benefícios da TC podem ser potencializados por meio de suas ações complementares, ou seja, técnicas de resgate da autoestima da comunidade e a massoterapia. Estas abordagens focam sua atenção na diminuição dos efeitos do estresse no corpo físico, evitando a medicalização do sofrimento, e podem ser desenvolvidas nas próprias unidades de saúde ou em outros espaços comunitários.

A Terapia Comunitária e suas ações complementares interferem nos determinantes sociais da saúde, favorecendo o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias. Estas práticas centram suas ações na reflexão e atenção ao sofrimento causado pelas situações estressantes vivenciadas no cotidiano, tais como violência, desemprego, condições precárias de vida, uso abusivo de álcool e outras drogas, etc.

Os espaços onde ocorrerão as rodas de terapia comunitária devem ser agradáveis e tranquilos. Em algumas cidades brasileiras, inclusive, em Fortaleza, as ações complementares da TC são desenvolvidas nas ocas de saúde comunitária, que foram especialmente criadas para o desenvolvimento destas ações, resgatando a cultura dos nossos antepassados índios e aproximando as pessoas da cidade à natureza. As chamadas Ocas de Saúde Comunitária de Fortaleza, por exemplo, foram construídas e são atualmente mantidas pela Secretaria Municipal de Saúde e supervisionadas pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

A experiência do Ceará, que utiliza a terapia comunitária e ações complementares junto a Estratégia Saúde da Família (ESF), vem se apresentando como uma abordagem efetiva e promissora para a imensa demanda por serviços de atenção à saúde.

Para conduzir a terapia comunitária são legitimados e reconhecidos pela ABRATECOM todos aqueles que cumprem as exigências de formação. Desta forma, podem ser habilitados como terapeutas comunitários profissionais de várias áreas, incluindo líderes e agentes comunitários.

A Terapia Comunitária vem sendo praticada em diversos contextos e várias comunidades, especialmente com os que formam a grande parcela dos socialmente marginalizados e excluídos. Os resultados de tal prática vêm demonstrando sua eficácia enquanto instrumento de intervenção social na Atenção Básica de Saúde, valorizando a prevenção da doença, promoção da saúde e qualidade de vida.

A decisão de se reorganizar a rede de assistência à saúde por meio de uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde, foi o norte inspirador da implementação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros.

A implementação da Terapia Comunitária na rede SUS e na Estratégia Saúde da Família acompanha a mudança de uma política assistencialista para uma política de participação solidária, por meio da qual as políticas centram

seus objetivos na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário e social da população.

A validação da TC como recurso de atenção básica à saúde nas comunidades visa ampliar a atuação de uma política pública consistente para apoiar as atividades associativas, combater o isolamento, promover a reinserção social e estimular as capacidades desses indivíduos para enfrentar os problemas da existência.

A Terapia Comunitária acolhe, escuta e contribui no redirecionamento das demandas trazidas para atenção básica. Ela não tem a pretensão de substituir os outros serviços da rede de saúde e sim complementá-los. Atua no nível primário, promovendo a saúde e jamais trabalhando a patologia, o que é papel de alguns dos profissionais de saúde de nível superior, como o médico, psicólogo e, quando necessário, outros especialistas.

A introdução desta proposta no âmbito da Estratégia Saúde da Família é considerada uma medida compatível, viável e coerente com os objetivos da estratégia. A formação das equipes de saúde da família, em especial dos agentes comunitários de saúde, para a criação de grupos de Terapia Comunitária, vem ao encontro a estas novas necessidades de saúde e acrescenta uma poderosa ferramenta de intervenção destas equipes na comunidade.

A TC apresenta-se também em consonância com a proposta dos Núcleos de Assistência à saúde da Família (NASF's), que buscam contribuir com a abordagem das equipes de saúde da família à população no caminho da integralidade.

Os grupos específicos para terapia comunitária na área da saúde devem trabalhar junto aos grupos temáticos, como os hipertensos, diabéticos, idosos e adolescentes, ou ainda na sala de espera e nos dias em que ocorram mobilizações na comunidade, como nas campanhas de imunização, campanhas pela paz, pela saúde da mulher e outras.

Nas visitas domiciliares é importante que os membros da equipe de saúde da família estejam atentos para encaminhar pessoas com sinais de sofrimento emocional, conflitos familiares, alcoolismo e outros problemas para as rodas de TC da unidade de saúde da família, possibilitando assim o

acompanhamento pela equipe. Em locais onde já existem as ocas de saúde comunitária pode-se fazer encaminhamentos para massagens terapêuticas, participação de terapia de resgate da autoestima, rodas de biodança, dentre outras ações complementares à Terapia Comunitária.

Para se ter uma atitude promotora de saúde, a equipe pode encaminhar as pessoas em sofrimento para espaços de acolhimento. Ao invés de medicalizar o sofrimento, gerando dependências, é possível, sim, acolher de forma calorosa com os recursos culturais locais.

Qualquer membro da equipe de Saúde da Família pode ser terapeuta comunitário. O Projeto de Implementação da Terapia Comunitária na rede SUS e na ESF adotou como prática formar duplas ou trios de profissionais de Saúde da Família para cada equipe ou unidade de saúde. O Agente Comunitário de Saúde deve sempre compor a dupla ou trio de Terapeutas Comunitários, pois este, em função de pertencer à comunidade e ter como centro de suas atividades a visita domiciliar e as atividades de promoção da saúde, tem perfil muito favorável ao desenvolvimento da TC e, desta forma, agrega valor ao seu trabalho comunitário.

É consenso que a promoção e a atenção à saúde no Brasil serão mais efetivas à medida que estejam pautadas no princípio da responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade. A proposta deste Projeto está em sintonia com este princípio, pois prevê a atuação em parceria do Ministério da Saúde e da rede da Terapia Comunitária já atuante no país.

A Terapia Comunitária tem se revelado para os gestores de saúde e comunidade um instrumento de grande valor estratégico, uma ferramenta rumo à efetivação do Sistema Único de Saúde, respondendo dentro deste universo a importantes diretrizes, como equidade e universalidade: grandes fontes de inclusão e cidadania.

A saúde é compreendida como síntese de uma multiplicidade de processos, é o produto da relação dos distintos determinantes sociais. A OMS identifica dez determinantes sociais da saúde, sendo eles: Desigualdades sociais, estresse, a pequena infância, exclusão social, o trabalho, o desemprego, o apoio social, as dependências ao álcool e outras drogas, a alimentação e meios de transportes coletivos.

A Organização Mundial de Saúde nos convida a agir preventivamente, corrigindo os principais determinantes sociais da saúde, a partir de ações como: “apoiar as famílias desde a primeira infância; incentivar as atividades associativas; evitar o isolamento; reduzir a precariedade material e financeira através da educação e da reinserção social; promover as capacidades de enfrentamento dos problemas cotidianos”. A construção de redes de apoio social é uma das medidas mais efetivas para mobilizar pessoas, famílias e comunidades a agirem na superação dos problemas sociais que causam doenças. O acolhimento, as boas relações sociais e sólidas redes de apoio solidário melhoram a saúde em casa, no trabalho e na vida em geral. Apoio social e relações interpessoais efetivas têm efeito positivo na promoção da saúde.

A terapia comunitária apresenta-se, então, como uma das estratégias de promoção da saúde que valoriza o saber popular, cria oportunidades de expressão do sofrimento emocional e amplia a proposta de atuação do serviço para as rodas de acolhimento comunitário. Mais do que um espaço de terapia tradicional, a terapia comunitária atua na superação dos entraves sociais dos indivíduos na busca de uma melhor qualidade de saúde e obviamente de vida.

A Terapia Comunitária vem se constituindo em espaço de partilha, acolhimento e empoderamento, onde momentos marcados pela subjetividade são bastante valorizados e passam a compor o cenário dos usuários que procuram no serviço de atenção básica a melhora de seu sofrimento mental.

A TC se propõe a reforçar a importância da valorização da família, da subjetividade e da rede de apoio solidário, além de estimular que as pessoas cuidem mais de si e valorizem os recursos culturais locais.

O processo de desenvolvimento da Terapia Comunitária e suas ações complementares não serão desenvolvidos junto à patologia psiquiátrica, que é da alçada do especialista (psiquiatra), mas na promoção da saúde como uma ação complementar aos serviços já existentes. O principal objetivo da Terapia Comunitária na área da saúde mental é a valorização da estimulação e integração das ações e modelos que permitam investir na prevenção, tirando o foco da psiquiatrização e medicalização de problemas sociais e existenciais.

2.3 O Projeto Quatro Varas e a perspectiva da Terapia Comunitária como propulsora de mudanças

O Projeto Quatro Varas é operacionalizado no bairro Pirambu em Fortaleza, capital do estado do Ceará. O Pirambu sendo olhado por historiadores é sempre visto geograficamente e sociologicamente pelo viés da construção da memória e da identidade social dos moradores.

Territorialmente definido por seus mais apaixonados e tradicionais moradores de anos e anos, o Pirambu tem como nascedouro as imediações da Escola de Aprendizes Marinheiros e se estende até a Rua Francisco Calaça, nas margens da Avenida Leste-Oeste até a beira da praia, decreto Lei Federal 1.058, 25 de Março de 1962.

O Pirambu é uma dentre as mais de 600 favelas existentes em Fortaleza- CE. Sendo uma comunidade urbana localizada na zona Oeste da cidade, distante somente 5 km do Centro da capital, numa antiga área pertencente à Marinha.

Formado por uma população composta por migrantes do interior do estado do Ceará, os fugidos da seca e do latifúndio e por outros moradores vindos de outras favelas de Fortaleza, gente em sua grande maioria empobrecida e vitimizadas, mas resistentes e com uma capacidade de luta impressionante, demonstrando a cada momento através de ações concretas a sua vontade de construir uma sociedade mais digna, justa e igualitária, transformando o Pirambu no bairro mais politizado do estado do Ceará.

O nome Pirambu significa peixe roncador, foi uma homenagem dos índios para o bairro pela grande quantidade deste peixe que tinha nesta costa de Fortaleza (FEMOCOPI). O bairro foi um dos pioneiros no cenário dos Movimentos Sociais Urbanos de Fortaleza.

É nesse cenário que nasce os primeiros passos do Projeto Quatro Varas. Adalberto Barreto, psiquiatra e antropólogo, fundador deste projeto

(1987) chegou ao Quatro Varas através de seu irmão, o advogado Airton Barreto, morador do Pirambu há vários anos, e Coordenador do Centro dos Direitos Humanos do Pirambu – Amor e Justiça. Dr. Airton fundou um centro de atendimento jurídico, localizado no mesmo bairro, destinado às pessoas que têm seus direitos humanos violados.

Inicialmente, Airton mandava moradores do bairro ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará para os cuidados psiquiátricos de Adalberto e seus alunos. Entretanto, o número de pessoas chegadas do Pirambu começou a aumentar muito e tornou-se inviável continuarem os trabalhos. Dr. Adalberto resolveu, então, transferir seu trabalho para o nascedouro dos problemas, a comunidade do Pirambu.

No primeiro encontro, os direitos humanos reuniam as pessoas vítimas de conflitos e com sofrimento psíquico sob um cajueiro, sentadas no chão, em troncos de árvores, em cadeiras ou mesmo em pé e Dr. Adalberto, com seus alunos, deram início à sessão. “Nós não viemos somente curar vocês, viemos também nos curar de nossa alienação universitária” (Dr. Adalberto Barreto).

Em seguida, acrescentou: “Eu sou psiquiatra e tenho um saber que aprendi na universidade. Cada um de vocês tem o saber de sua vida, de sua cultura, de seus antepassados negros, indígenas ou europeus. Todo mundo é doutor de sua própria vivência. Cada história vivida é uma lição aprendida. Nossa terapia será a partilha desta sabedoria aprendida com nossas vidas” (Dr. Adalberto Barreto).

Segundo o mentor do Projeto, Dr. Adalberto Barreto, o diferencial do Projeto Quatro Varas consiste em atender todas as pessoas que dele precisam, sem burocratizar os atendimentos. Nos seus 25 anos de existência o Projeto Quatro Varas celebra quase dois milhões de atendimentos. O número exato é 1.926.860 atendimentos. As transformações nessa comunidade, no entanto, não são possíveis quantificar. Em um quarto de século, as ações beneficiaram pessoas nas suas diversas necessidades, diante das diferentes modalidades de serviços prestados pelo Projeto Quatro Varas, também

conhecido por Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária- MISMEC-CE. O projeto desenvolve uma experiência de terapia de comunidade em uma favela, em que procura resgatar a dimensão individual, biológica, psicológica, inter-relacional e ambiental.

Atualmente o Projeto Quatro Varas situa-se à Rua Profeta Isaías Nº 456 no Bairro do Pirambu. Funcionando de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, atendendo pessoas do próprio bairro e dos bairros circunvizinhos.

A Terapia Comunitária “centra a sua ação no sofrimento e não na patologia (sofrimento esse causado pelas situações estressantes da vida e do cotidiano), criando espaços de partilha, digerimos a ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde” (Dr. Adalberto Barreto).

Neste contexto, o MISMEC-CE/ 4 VARAS oferece como atividades: Terapia Comunitária, Resgate da Autoestima, Massoterapia, Exercício de Liberação dos Traumas, Yoga, Casa da Memória, Escolinha Espaço de Convivência Casa de Maria, Farmácia Viva, Ateliê de Arte e Terapia Zé e Maria.

De acordo com o MISMEC-CE, essas atividades são desenvolvidas com objetivos bem determinados, quais sejam:

A Terapia Comunitária tem como objetivos valorizar o papel da família e da rede de comunicação que estabelece em seu meio; reforçar a distância interna de cada indivíduo para que descubra seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente; favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias através da restauração e fortalecimento dos laços sociais.

O Resgate da Autoestima visa estimular e elevar a autoestima; trabalhar as tensões, o stress, as raivas, o perdão, o resgate da criança interior, as preocupações da mente, a integração do masculino com o feminino, o centramento corpo e mente.

A Massoterapia tem como objetivo tratar o indivíduo acometido dos efeitos do stress, depressão, tensões do corpo e insônia. Atendimentos- Mês: 1.170 pessoas, Ano: 14.040 pessoas e em 25 anos de Projeto: 351.000 pessoas.

O Exercício de Liberação dos Traumas é realizado por meio da Técnica para Redução do Stress Comunitário- TREC, que possibilita exercícios práticos para estimular o mecanismo natural do organismo- tremores- e restabelece o estado de relaxamento profundo, na superação do stress. Tem como objetivo reduzir o stress e a ansiedade, transtornos do pânico, depressão, somatizações, na superação de experiências traumáticas. Atendimentos- Mês: 95 pessoas, Ano: 1.140 pessoas e em 3 anos de Projeto: 3.420 pessoas.

O Yoga é uma técnica onde o indivíduo é colocado em contato com o próprio íntimo e assim aprimora a capacidade de auto-observação. Tem como objetivo essencial proporcionar uma vida mais integrada, com equilíbrio em vários níveis: físico, mental, social, intelectual, emocional e espiritual, além de sentir-se bem consigo mesmo e ter uma vida plena. Atendimentos- Mês: 120 pessoas e em 1 ano de Projeto: 1.440 pessoas.

A Escolinha Espaço de Convivência Casa de Maria orienta com base na Pedagogia de FREINET, ou seja, possibilita que a criança descubra, através da observação, percepção, desenhos e etc., suas potencialidades, o trabalho, a arte, a reflexão através das experiências, bem como observar, agir e pensar por si mesma, além de educar através do trabalho com a natureza. Atendimentos- Ano: 8.512 crianças e em 25 anos de Projeto: 212.800 crianças.

A Farmácia Viva é um laboratório rústico para produção de medicamentos através do cultivo de ervas medicinais, rigorosamente selecionadas pelo horto de plantas medicinais da UFC e acompanhados por profissionais qualificados. Atendimentos- em 25 anos de Projeto: 780.000 pessoas aproximadamente.

O Ateliê de Arte e Terapia é um espaço destinado aos adolescentes filhos de alcoolistas ou pertencentes à famílias em dificuldades. Estes jovens desenvolvem atividades de desenhos, produzindo cartões, tirando destas atividades o sustento de suas famílias. Atendimentos- Ano: 19.200 adolescentes, e até 2008: 345.600 adolescentes.

O Teatro Zé e Maria tem como objetivo tirar crianças e adolescentes da ociosidade e proporcioná-las uma autovalorização e crescimento de seus potenciais, descoberta de dons artísticos e culturais, resgate da autoestima, desenvolvimento da dicção e expressão corporal. Atendimentos- Ano: 2.291 pessoas aproximadamente, e em 25 anos de Projeto: 57.280 pessoas.

3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) GERAL I: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Este capítulo versa sobre o cenário da pesquisa. Consiste, inicialmente em apresentar panoramicamente, dados relevantes da cidade de Fortaleza; logo em seguida abordamos o estudo do CAPS Geral I- Nise da Silveira, local da pesquisa, discorre-se acerca da estrutura e da dinâmica de funcionamento do mesmo.

3.1 A cidade de Fortaleza como cenário do CAPS

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, e para tanto, disponibilizam-se os principais dados sobre este município, no sentido de melhor descrever as características peculiares a este território social.

A cidade de Fortaleza iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Sua localização está no litoral norte do estado do Ceará e limita-se: ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao sul com os municípios de Pacatuba e Itaitinga e a oeste os municípios de Caucaia e Maranguape (FORTALEZA, 2007).

Está localizada no litoral Atlântico, com 34 km de praias, a uma altitude média de 21 metros e é centro de um município de 314, 930 km² de área e 2.452.185 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica do país,

com 7.786,4 hab/km². Destes, 53,19% são do sexo feminino e 46,81% são do sexo masculino.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91^a mais populosa do mundo. A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.700.000 habitantes, sendo a quinta mais populosa do Brasil e a segunda do Nordeste. É a cidade nordestina com a maior área de influência regional e possui a terceira maior rede urbana do Brasil em população, atrás apenas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Trata-se da capital brasileira mais próxima da Europa, estando a 5.608 km de Lisboa, em Portugal e foi também uma das 12 sedes da Copa do Mundo FIFA de 2014.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), Fortaleza, tendo o 9^o maior PIB municipal da nação e o maior do Nordeste, com 42 bilhões de reais em 2011, é ainda a segunda metrópole mais rica do Nordeste em PIB PPC e a terceira mais rica em PIB nominal, sendo um importante centro industrial e comercial do Brasil, com o sétimo maior poder de compra municipal do país.

A cidade de Fortaleza mantém-se como o município de mais alto IDH do Estado do Ceará. Em 1991, era de 0,546, considerado de baixo desenvolvimento humano e passou a 0,754, em 2010, classificado como de alto desenvolvimento humano (Censo 2010).

No turismo, a cidade alcançou a marca de destino mais procurado no Brasil em 2004, com atrações como a micareta Fortal no final de julho e o maior parque aquático do Brasil, Beach Park.

Em 2010 Fortaleza foi a capital do Nordeste mais procurada por viajantes nacionais, segundo um estudo do Hotéis.com. No cenário nacional, a capital cearense ocupou a 4^a colocação, atrás apenas do Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília. É sede do Banco do Nordeste, da Companhia Ferroviária do Nordeste e do DNOCS. Em 1996 a cidade ingressou no Mercado Comum de Cidades.

Conta com o Aeroporto Internacional Pinto Martins. É, também, na cidade de Fortaleza, onde começa a mais importante BR do País, ou seja, a BR-116, um dos principais corredores econômicos do Brasil.

Fortaleza conta, atualmente, com o Centro Dragão do Mar de Arte e Cultura (CDMAC), o principal espaço cultural da nossa cidade, com museus, teatros, cinemas, bibliotecas e planetário.

A cidade de Fortaleza é a terra natal de brasileiros de grande renome como José de Alencar, Rachel de Queiroz, Capistrano de Abreu, Chico Anysio, Karim Aïnouz, Casimiro Montenegro Filho, Maurício Peixoto e o ex-presidente Castelo Branco.

3.2 O CAPS Geral I – CAPS Geral Nise da Silveira

O CAPS Geral I pertence à Secretaria Executiva Regional I, uma das seis regionais em que foi dividida, em termos de administração, a cidade de Fortaleza.

Figura 1 Mapa das seis regionais em que foi dividida a cidade de Fortaleza-CE.



Fonte: IPECE.

A Secretaria Executiva Regional I tem população de 398.289.000 habitantes distribuídos em 15 bairros de grande densidade populacional, composta na sua maioria de pessoas pobres e com grande número de pessoas em sofrimento psíquico, com casos de drogadição e alcoolismo. Oferece uma rede de serviços de saúde mental aos moradores desta regional, contando com 01 CAPS Geral, 01 CAPSad e 01 SRT. A organização de uma rede assistencial de saúde mental para o atendimento a esta parcela da população da SER I vem sendo estruturada paulatinamente ao longo destes anos.

A rede de Assistência em Saúde Mental começou a estruturar-se na SER I em 2005; inicialmente como equipe de saúde mental vinculada a uma Unidade de Saúde, ou seja, ao Posto de Saúde do bairro da Floresta, e somente em 2006 teve sede específica para o CAPS Geral, localizada na Rua Alves de Lima, 1110 – Colônia, para o CAPS ad, na Rua Hildebrando de Melo, 1120 Jardim Guanabara e para o SRT, na Av. Themberge, no bairro Álvaro Weyne. No mês de dezembro de 2011 o CAPS Geral mudou-se para uma nova sede, situada à Rua Frei Teobaldo, 320, Carlito Pamplona.

Esta rede de serviços assistenciais em saúde mental dispõe de projetos terapêuticos que tem oferecido aos pacientes um grande número de atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinar, dentre as quais: atendimentos individuais, atendimentos grupais, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas e iniciativas de inclusão pelo trabalho, através de grupos produtivos, com a consolidação de importantes parcerias com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, através da Célula de Economia Solidária e ainda com a Rede Cearense de Economia Solidária e Entidades da sociedade civil. Dessa forma a saúde mental busca o fortalecimento do trabalho e articulação em Redes Sociais que envolvam equipamentos governamentais e não governamentais. Na perspectiva de inserção das pessoas que tem transtorno mental nas diversas esferas sociais e enquanto processo de exercício de cidadania e reabilitação psicossocial. Outra importante ação que vem sendo desenvolvida é o trabalho de Matriciamento de Saúde Mental na Rede Assistencial de Atenção Básica, iniciado com as discussões a partir de um grupo de trabalho composto por profissionais do CAPS Geral e do CAPS ad e

profissionais do Programa Saúde da Família, com a elaboração de protocolos clínicos.

O CAPS Geral Nise da Silveira atende cerca de 7.000 usuários, sendo um dispositivo público municipal do Sistema Único de Saúde, que oferece tratamento as pessoas com transtorno mental, seguindo os parâmetros da Reforma Psiquiátrica. Além de organizar a demanda em seu território o CAPS articula-se em rede, buscando promover e propiciar a todos, os agenciamentos sociais e culturais que contribuam para a construção de um novo lugar social para esta parcela da população.

O Projeto Quatro Varas vem mostrando-se um parceiro significativo na busca de autonomia dos sujeitos excluídos e confinados há anos em Hospitais Psiquiátricos, e que permaneceram segregados de suas respectivas famílias e do convívio comunitário; além de acolher e cuidar dos familiares dessas pessoas com transtornos mentais, dando-lhe suporte emocional para conviver de forma salutar com as demandas advindas desse novo momento do cuidado em saúde mental. Através da Terapia Comunitária (TC) desenvolvida pelo Projeto Quatro Varas vislumbra-se a possibilidade de inserção das pessoas com transtornos mentais na vida cotidiana da comunidade, já que é através do conhecimento e dos potenciais da própria comunidade que se busca resolutividade para os problemas de ordem social, financeiro e familiar que permeiam o cotidiano de tais indivíduos. Busca-se fazer o cruzamento entre os referenciais de avaliação das famílias que frequentam o Projeto Quatro Varas e os referenciais de avaliação daquelas famílias que frequentam somente os serviços oferecidos no CAPS Geral I.

A Terapia Comunitária vem se constituindo em espaço de partilha, acolhimento e empoderamento, onde momentos marcados pela subjetividade são bastante valorizados e passam a compor o cenário dos usuários que procuram a melhora de seu sofrimento mental e das suas respectivas famílias.

A TC se propõe a reforçar a importância da valorização da família, da subjetividade e da rede de apoio solidário, além de estimular que as pessoas cuidem mais de si e valorizem os recursos culturais locais.

O processo de desenvolvimento da Terapia Comunitária e suas ações complementares não serão desenvolvidos junto à patologia psiquiátrica, que é da alçada do especialista (psiquiatra), mas na promoção da saúde como uma ação complementar aos serviços já existentes. O principal objetivo da Terapia Comunitária na área da saúde mental é a valorização da estimulação e integração das ações e modelos que permitam investir na prevenção, tirando o foco da psiquiatrização e medicalização de problemas sociais e existenciais.

3.2.1 Estrutura e Dinâmica de Funcionamento

O Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional I em apreciação foi inaugurado oficialmente em 19 de Junho de 2006, e conforme o Manual/ CAPS (2004) tem a missão de dar estrutura física e psicológica às pessoas com transtorno mental, para que essas não precisem voltar ao estágio anterior de internação em hospitais psiquiátricos e, no período da pesquisa era coordenado por uma Psicóloga.

Funciona em um casarão, situado à Rua Frei Teobaldo Nº 320, bairro Carlito Pamplona das 08:00 da manhã as 17:00 da tarde, de segunda a sexta-feira.

Figura 2 Fachada do Prédio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.



Fonte: Google Maps.

No prédio funcionam três (03) salas para desenvolvimento das atividades diárias, uma (01) recepção, uma (01) farmácia, uma (01) sala de coordenação, uma (01) sala de arquivo de prontuários, (02) banheiros. Conta atualmente com uma equipe de uma (01) coordenadora, um (01) médico psiquiatra, um (01) médico clínico geral, duas (02) psicólogas, duas (02) enfermeiras, duas (02) técnicas de enfermagem, duas (02) assistentes sociais, dois (02) vigilantes, um (01) arte educador, monitores de atividades e pessoal administrativo, perfazendo um total de 20 pessoas.

As pessoas com transtornos mentais chegam ao CAPS através de encaminhamentos dos Centros e Postos de Saúde, hospitais gerais, por meio de vínculos com outros usuários que frequentam o CAPS, por meio de demanda espontânea, ou ainda, são egressos de hospitais psiquiátricos.

Atualmente o CAPS GERAL I atende um total de 3.870 pessoas por mês. Uma vez admitido, o usuário passa a participar das atividades oferecidas pelo CAPS, de acordo com a indicação e a necessidade de cada um.

Quanto ao acolhimento das pessoas que chegam ao CAPS Geral I, é realizado por um profissional de nível superior, não importando a profissão (Psiquiatras, Psicólogas, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, dentre outros), pois todos os profissionais de nível superior participam do acolhimento, que é realizado diariamente, em um esquema de revezamento.

Figura 3 Acolhimento feito aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira.



Serviço atende pessoas a partir de 18 anos de idade com transtornos mentais graves

Fonte: Jornal O Povo.

As atividades previstas para serem realizadas no CAPS GERAL I, conforme Manual/ CAPS (2004), são as seguintes:

Plantão psicossocial: acolhe as demandas espontâneas e referenciadas dos usuários e familiares, sem agendamento prévio;

Objetivos: Proporcionar a elaboração e (re) avaliação dos planos terapêuticos dos usuários; acolher as pessoas que tem necessidade de um atendimento de urgência (pedidos de internação, necessidade de falar com o profissional médico); orientar as pessoas que solicitam documentos (atestados, laudos, declarações, encaminhamentos); realizar a escuta e o encaminhamento das demandas sociais diversas (apoio alimentar, auxílio financeiro, ajuda para deslocamento, etc.).

Metodologia: escuta qualificada das demandas trazidas pelos usuários e seus familiares; direcionamento para a resolutividade de tais demandas, através de orientação sobre o fluxo do serviço, referenciamento para outros profissionais do serviço ou para outras instituições da rede de atendimento.

Periodicidade: segunda à sexta-feira manhã e tarde.

Plantão de medicação: é um procedimento realizado pelo médico generalista, destinado ao atendimento dos usuários/familiares nos intervalos das consultas psiquiátricas.

Objetivo: dar continuidade à manutenção do tratamento medicamentoso.

Metodologia: o atendimento é realizado diariamente no turno da manhã, com o limite máximo de 25 pessoas, que comparecem ao serviço por demanda espontânea, mediante orientação recebida após consulta psiquiátrica.

Periodicidade: diária, no turno da manhã.

Acolhimento à crise: atendimento destinado aos pacientes que estão em acompanhamento e/ou os que chegam espontaneamente ao serviço no horário do intervalo e ficam aguardando a continuidade do atendimento na recepção.

Objetivo: realizar atendimento de emergência e urgência para os seguintes casos: comportamento violento, toxicidade por drogas, tentativa ou ideação suicida, comportamentos bizarros, agitação aguda.

Metodologia: O usuário é priorizado dentro do plantão psicossocial pelos profissionais que estão na referência daquele turno.

Periodicidade: diariamente, de segunda à sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde.

Matriciamento: tem como objetivos: integrar as redes assistenciais de saúde, através da estruturação de arranjo do Apoio Matricial da saúde; favorecer o acolhimento das pessoas que apresentam transtornos mentais comuns e pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, pela atenção básica; promover ações que contribuam para regulação do fluxo de pacientes para os serviços de saúde mental.

Metodologia: atendimento conjunto (equipe de saúde mental e Atenção Básica); visita domiciliar; estudo de caso e encaminhamento para os serviços da retaguarda da Rede de Assistência em Saúde Mental.

Periodicidade: semanal.

Atendimento individual: aplicação de uma escuta, organizada a partir de técnicas que possibilitam e enfatizam a singularidade do sujeito. É nesse momento que há a disponibilização de informações importantes para a equipe sobre o usuário, observando cada caso e o momento vivenciado, pode-se ter nesse momento a necessidade de requisitar a presença de um familiar, parente ou pessoas que possuem vínculo com o usuário, o que acontece obedecendo a preceitos éticos que exigem prévio acordo entre os profissionais envolvidos e o usuário do serviço.

Atendimento em grupo: atendimento realizado a um grupo de pessoas para alcançar um ou mais objetivo(s) através de uma proposta metodológica específica de uma determinada profissão. O atendimento em grupo pressupõe o conhecimento da técnica de práticas grupais e do modo como se organizam e se processam os grupos. Os grupos devem ser criados, discutidos, planejados e avaliados pela equipe nas rodas dos CAPS, considerando a demanda apontada pelos usuários, a necessidade do serviço, a clínica psicossocial e a articulação entre os grupos, etc.

Articulação intersetorial: atividade que proporciona o fortalecimento das políticas públicas de saúde, assistência social, previdência, educação, cultura, lazer, desporto, geração de renda, justiça, dentre outras, na perspectiva da transversalidade das políticas e a integração da rede de prestação de serviços.

Metodologia: articulação com os equipamentos de atendimento referente às políticas públicas citadas, tanto em nível municipal, quanto no território da SER I; utilizando-se recursos como visitas institucionais, contatos telefônicos, reuniões de equipes interinstitucionais, envio de relatórios e/ou encaminhamentos, etc.

Periodicidade: semanal

Visita Domiciliar: é a atividade de ir ao domicílio do usuário, seja por solicitação de órgãos públicos (promotorias, juizados, conselhos, defensorias, outras secretarias, etc.); seja por solicitação do familiar devido à impossibilidade de trazer o usuário ao serviço (dificuldades físicas, crises, etc.), ou ainda, por busca ativa de usuários que são acompanhados pelo CAPS Geral I e que abandonaram o tratamento.

Consultas médicas psiquiátricas individuais: a consulta médica tem em geral uma sequência precisa: anamnese, exame físico e a impressão diagnóstica, seguida eventualmente de exames complementares e da conduta terapêutica.

Anamnese: Este é o termo utilizado pelos médicos para colher uma história clínica. Esta história deve ser bastante detalhada e por isto demanda tempo. Muitos aspectos devem ser avaliados, como: principais relacionamentos pessoais e familiares; a profissão e o ambiente de trabalho; atividades de lazer e *hobbies*. Em seguida ocorre uma investigação cuidadosa dos sintomas e queixas do paciente. Algumas perguntas são direcionadas para determinadas informações e outras ficam a cargo do paciente informar.

Exame físico: O psiquiatra também realiza exame físico; muitas vezes é importante avaliar o sistema cardiovascular por meio da ausculta e da medição da pressão arterial, pois alguns medicamentos podem interferir. Exames físicos mais detalhados dependem da queixa do paciente.

Exame psíquico: O exame psíquico começa quando o paciente entra no consultório, por meio da observação cuidadosa de aspectos do comportamento, vigilância, discurso, pensamento, humor, atenção e outros. O exame psíquico pode ser complementado por meio de testes, escalas e questionários.

Exames complementares: O médico também solicita exames para complementar ou excluir diagnósticos diferenciais. A formação médica é essencial para diferenciar condições patológicas que podem estar associadas a quadros mentais ou emocionais.

Consultas médicas psiquiátricas domiciliares: atendimento domiciliar para pacientes que não podem comparecer ao serviço para realização de consulta médica.

Periodicidade: semanal

Atendimento psicológico individual: objetivo: amenizar o sofrimento psíquico dos pacientes. Ajudá-los a desenvolver habilidades para lidar com novas situações conflituosas, e a ter um melhor desempenho no convívio familiar e comunitário.

Metodologia: cada profissional de psicologia utiliza uma abordagem psicológica conforme a sua formação, entre elas estão: Gestalt terapia, Psicanálise e Terapia cognitivo-comportamental.

Periodicidade: são realizados atendimentos semanais, quinzenais ou mensais, de acordo com a necessidade de cada paciente.

Grupo de psicoeducação: objetivos: facilitar o conhecimento sobre os diversos tipos de transtornos psiquiátricos a fim de proporcionar uma boa aliança terapêutica e aderência ao tratamento medicamentoso. Contribuir para uma maior compreensão do paciente sobre si e sobre o que ocorre com ele, possibilitando uma melhor qualidade de vida. Utilizar a psicoeducação para o desenvolvimento de habilidades sociais necessárias ao paciente para lidar com o transtorno do qual é portador. Discutir sobre temas do interesse dos pacientes para melhorar o senso crítico destes.

Metodologia: são utilizados vídeos curtos sobre a temática, escolhida pelos pacientes, e em seguida é realizada uma discussão sobre o assunto.

Periodicidade: as reuniões do grupo são realizadas semanalmente. Entretanto, os participantes estão divididos em 02 grupos que funcionam quinzenalmente.

Grupo psicoterápico: objetivos: melhorar a comunicação, proporcionar a melhoria das relações sociais dos usuários, proporcionar um espaço para a expressão dos sentimentos e dessa forma melhorar a adesão ao tratamento.

Metodologia: Dinâmicas de grupo, troca de experiências, livre expressão verbal.

Periodicidade: semanal

Atendimentos do Serviço Social

Acompanhamento sócio familiar: objetivos: prestar atendimento sistemático aos usuários e familiares, identificados através da equipe de profissionais do serviço, que estejam expostos às situações de violação de direitos, tais como: violência, negligência, isolamento, confinamento, discriminação, preconceito, carência de cuidados adequados ou elevado grau de estresse por parte do cuidador; contribuir para o fortalecimento dos vínculos interpessoais e a diminuição das relações de dependência, na busca pela autonomia do usuário.

Metodologia: realização de ações socioeducativas baseadas na avaliação sócio histórica, socioeconômica e cultural desses usuários e famílias como meio para garantia de direitos e acesso a serviços, tendo como instrumentais a construção do perfil socioeconômico, abordagens individuais e grupais, visitas domiciliares, dentre outros, resguardando as informações sigilosas.

Grupo de Direitos Sociais: objetivos: democratizar informações acerca dos direitos sociais dos portadores de transtorno mental; através de orientações e esclarecimentos; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários e suas famílias aos seus direitos no âmbito da Seguridade Social e demais políticas sociais.

Metodologia: inicialmente, cabe informar que o grupo tem a duração de duas horas e comporta a quantidade máxima de oito pessoas, que têm o atendimento viabilizado mediante agendamento prévio pelos profissionais da equipe do serviço.

Logo em seguida são apresentados os objetivos do grupo, e realizado com os participantes um levantamento acerca das questões que os conduziram ao grupo, após este momento, busca-se explicar aspectos referentes a tais questionamentos.

Superada esta etapa, os participantes são atendidos individualmente, devido à necessidade de garantia do sigilo sobre as questões abordadas; neste

momento, são elucidadas possíveis dúvidas acerca das orientações prestadas anteriormente e se tem uma resposta quanto à compreensão destas orientações pelos participantes. Um momento muito importante nesta etapa do atendimento consiste na realização de avaliação socioeconômica dos usuários, que serve como meio de mobilização destes e de suas famílias para garantia dos seus direitos e acesso aos serviços; o tempo médio de duração dos atendimentos individuais oscila entre dez e vinte minutos.

Encerra-se o atendimento quando são realizados os encaminhamentos que se fizerem necessários, tanto para outras instituições, quanto para outros profissionais do serviço, sendo as informações registradas nos prontuários. No que concerne aos questionamentos que, porventura, não seja possível contemplar respostas efetivas durante o atendimento no grupo, o condutor do grupo assume o compromisso de buscar formas de encaminhar a demanda em tempo breve.

Periodicidade: semanal

Atendimento individual de Terapia Ocupacional: o paciente é indicado pela Terapeuta Ocupacional ou por outros profissionais que observam a necessidade deste atendimento. Apresentando o perfil de transtorno de personalidade, depressivo, bipolar, misto e esquizofrenia. Com objetivos de oferecer condições de expressar seu emocional, estimulando assim sua autoestima e percepção cognitiva geral.

Metodologia: previamente são marcados cinco atendimentos com duração média de 30 minutos cada um. Geralmente é feita avaliação inicial, orientação e esclarecimento ao usuário e familiar. Caso seja necessário permanecer em acompanhamento individual de Terapia Ocupacional é marcado o retorno do usuário e/ou familiar, quando não, é feito o devido encaminhamento para outras atividades. É importante preencher o prontuário e estruturar o Plano Terapêutico.

Grupo de Terapia Ocupacional: grupo aberto com participação no máximo de 15 pacientes intensivos, semi-intensivos ou não intensivos com duração

média de uma hora onde são produzidos artesanatos utilizando materiais recicláveis. Cujo objetivo é de melhorar a autoestima, a autonomia do sujeito e a satisfação diária, para um melhor envolvimento na rotina familiar, social, retorno as atividades laborais, de lazer e principalmente valorização da consciência ambiental.

Atendimentos em Enfermagem

Consulta da equipe de enfermagem: através desta atividade de competência exclusiva do profissional enfermeiro pretende-se sistematizar o cuidado de enfermagem ofertado, possibilitando um cuidado de maior qualidade. Tendo como referencial teórico o processo de comunicação e relacionamento terapêutico, levando-se em conta os processos de enfermagem, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem.

Administração de fármacos: atividade própria da equipe de enfermagem, que consiste na administração de fármacos conforme e mediante a prescrição médica, utilizando-se da técnica correta para cada via de administração.

Grupo de Expressão Corporal: o trabalho do grupo de Expressão corporal tem vários objetivos: inicialmente acreditamos que a consciência do corpo para o paciente que está no serviço é fundamental, para que a partir disso ele possa buscar melhores ferramentas para se apropriar melhor do seu tratamento. Outros objetivos do trabalho são: a maneira como esse paciente consegue perceber seu corpo e, principalmente, seu corpo em contato com o corpo do outro, e com o meio em que vive, ou seja, um corpo em relação com o mundo. Não podemos deixar de mencionar a busca por relaxamento corporal, sobretudo em relação às dores sentidas, sempre tão presente nos grupos. E a possibilidade de troca encontrada no grupo de usuário para usuário, desenvolvendo e criando formas expressivas e criativas de nos utilizarmos dos nossos corpos, muitas vezes esquecidas nos nossos dias. A apropriação do próprio corpo é necessária para a busca de uma autonomia física.

Metodologia: aulas teórico-expositivas e práticas, com base em exercícios corporais, partindo da educação somática, mais especificamente passando por

exercício de respiração, alongamento, aquecimento e relaxamento do corpo. Incluindo também alguns trabalhos de contato em duplas ou mais usuários, propiciando consciência corporal, socialização e relaxamento através da improvisação, de forma lúdica.

Periodicidade: semanal

Grupo de Arte Terapia: a arte-terapia é a arte ilimitada unida ao processo terapêutico, que transforma a Arte-terapia em uma técnica especial.

A Arte terapia resgata o potencial criativo do homem, buscando o *psique* saudável e estimulando a autonomia e a transformação interna, para reestruturação do ser.

Partindo do princípio de que muitas vezes não se consegue falar de conflitos pessoais, a arte-terapia possui recursos artísticos para que sejam projetados e analisados todos esses processos, obtendo uma melhor compreensão de si mesmo, e podendo ser trabalhado no intuito de uma libertação emocional.

É através da expressão artística que o homem consegue colocar seu verdadeiro *self* da maneira mais pura e direta que possa existir.

Objetivos: favorecer o processo terapêutico, de forma que o indivíduo entre em contato com conteúdos internos e muitas vezes inconscientes, que foram barrados por algum motivo, expressando assim sentimentos e atitudes até então desconhecidas. A utilização de recursos artísticos (pincéis, cores, papéis, argila, cola, figuras, desenhos, recortes, etc...) tem como finalidade a mais pura expressão do verdadeiro *self*, não se preocupando com a estética, e sim com o conteúdo pessoal implícito em cada criação e explícito como resultado final.

Periodicidade: semanal

Assistência Farmacêutica: a Assistência Farmacêutica compreende um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos

medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Portaria GM 3916/98 - Política Nacional de Medicamentos).

No âmbito da saúde mental a assistência farmacêutica tem o embasamento da Portaria GM 1.077/99 que garante recursos para a aquisição de medicamentos essenciais.

Portanto o serviço de farmácia do CAPS Geral I disponibiliza uma lista de medicamentos padronizados pelo município de Fortaleza com a devida orientação, promovendo o acesso, bem como seu uso racional apoiando assim as ações em saúde mental.

A farmácia funciona diariamente durante todo o funcionamento do CAPS possuindo uma farmacêutica responsável e uma auxiliar de farmácia.

4 REFERENCIAIS UTILIZADOS PELOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS PARA AVALIAR O CAPS GERAL NISE DA SILVEIRA

De acordo com os dados obtidos a partir das entrevistas feitas com os familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I - Nise da Silveira constatou-se que estes constroem os referenciais para avaliar o CAPS Geral I a partir de aspectos relacionados ao atendimento; a estrutura física do prédio; a quantidade de profissionais, principalmente na figura do médico psiquiatra; a distribuição de medicamentos e as atividades voltadas aos usuários e familiares.

Os parâmetros para a avaliação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I - Nise da Silveira usados pelos familiares entrevistados distanciam-se daqueles definidos por determinada linha de pesquisa, conforme se discutiu na introdução desta dissertação. Os familiares dos usuários constroem seus referenciais avaliativos a partir das suas vivências cotidianas e daquilo que é ofertado, de fato, nos equipamentos de saúde mental em Fortaleza, como é o caso do CAPS Geral I.

4.1 O Perfil socioeconômico dos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I

A partir das entrevistas realizadas junto aos familiares de usuários observou-se uma constância de familiares de meia idade no cuidado das pessoas com transtorno mental, isso se dá ao fato de que na maioria das famílias é o filho (a) mais velho que assume e/ou compartilha as responsabilidades com os pais.

Dentre os familiares entrevistados, aproximadamente 50% têm idades entre 38 e 48 anos. Entre os demais familiares entrevistados chama a atenção que um percentual de 10% tenha mais de 68 anos, ou seja, uma parcela significativa de familiares que apesar de idosos (as) e já aposentados ou recebendo algum benefício, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), ainda se mantêm ativos. Muitas vezes, essas pessoas idosas sustentam a casa economicamente e são responsáveis pelo acompanhamento da pessoa com transtorno mental que utiliza os serviços do CAPS.

Quanto à renda dos familiares entrevistados, esses afirmam que a maioria de suas famílias recebe, conjuntamente, até dois (02) salários mínimos por mês, ou seja, R\$724,00 a R\$ 1.448,00. Nesta questão, muitos dos familiares entrevistados relataram de maneira espontânea que frequentemente a renda familiar não é suficiente para o sustento digno da família. Essa realidade é vivenciada pela maioria das famílias brasileiras, percebe-se, ainda, de forma mais acentuada esse panorama nas famílias fortalezenses, já que, a nossa cidade pertence a uma das regiões brasileiras onde a desigualdade social é bastante acentuada, podemos perceber de forma clara pela qualidade (ou não) de vida da maioria das pessoas que reside na área urbana de Fortaleza.

A expressão da espiritualidade foi vista nas respostas advindas dos familiares através das entrevistas e nos rituais de agregação, como por exemplo, as rodas de Terapia Comunitária. Dos familiares entrevistados, 14 pessoas, ou seja, 70% dos entrevistados declararam-se católicos, 6 pessoas,

ou seja, 30% dos entrevistados declararam-se evangélicos. Percebemos dessa forma que a maioria dos entrevistados encaixou-se, segundo o Censo 2010, no perfil oficial da população Fortalezaense, ou seja, uma cidade predominantemente católica.

Entre os familiares entrevistados, observou-se, em sua maioria serem do gênero feminino, reforçando a ideia de que cabem as mães, parceiras, tias, irmãs ou até mesmo as avós, assumirem este papel de protagonista do cuidado, ainda que convivam com atitudes ambivalentes por parte da pessoa com transtorno mental, como por exemplo, as inúmeras agressões físicas vivenciadas por estas mulheres em seu cotidiano familiar. Tal dedicação vem atribuída a conceitos simbólicos de mistificação da maternidade, que objetivam não dar visibilidade a sobrecarga emocional, a divisão sexual do trabalho, e tampouco a gratuidade do trabalho feminino, e contribui para reforçar a construção de mecanismos de manutenção da mulher na esfera doméstica (privada). Enquanto o percentual dos familiares entrevistados do gênero masculino fez um total de 20%.

A grande maioria dos familiares entrevistados 30% atuava nos serviços domésticos, que vão desde o cuidado com a casa até a responsabilização total pelo parente em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira. Os demais familiares entrevistados atuavam em profissões como vigilante, estudante, comerciante, agente de saúde, auxiliar de serviços gerais, dentre outras e 10% dos familiares entrevistados responderam ser aposentados.

4.2 Desinstitucionalização: um termo ausente

Durante a pesquisa empírica não se percebeu nos referenciais de avaliação dos familiares a função de desinstitucionalização dos CAPS's, tal qual é tratada nos documentos oficiais. A maioria dos familiares entrevistados não assimilou a existência do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira como equipamento estratégico para a substituição das internações psiquiátricas, ou seja, como estratégia privilegiada para o êxito da desinstitucionalização.

Alguns obstáculos como, por exemplo, o imaginário instituído sobre a loucura e todos os estigmas daí decorrentes, como resultante não só dos processos de institucionalização, que ocorre desde o primeiro momento em que a pessoa com transtorno mental é admitida nas instituições totais, como é o caso dos hospitais psiquiátricos, ainda permanecem como indicativos para a construção dos referenciais avaliativos dos familiares entrevistados acerca do papel estratégico do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

Esse não reconhecimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira como estratégia para a desinstitucionalização ocorre também em razão das ambivalências das relações familiares que nem sempre são favoráveis ao “doente”; das condições de vida das famílias, dos projetos de vida dos familiares que muitas vezes são interditados porque, segundo eles mesmos “carregam o doente nas costas”.

Essa visão construída cotidianamente e de forma real acerca dos reais objetivos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira pelos familiares entrevistados deve ser levada em consideração, não para desqualificar os referenciais de avaliação da efetividade apresentados pelos familiares, mas para compreender, mesmo que seja de modo aproximado, o sofrimento que elas também vivenciam ao terem um membro da família com transtorno mental e as condições reais que os fazem elegerem tais referenciais.

Em resumo, existe a efetividade pensada oficialmente como resultado para aferir o que foi idealizado como assistência psiquiátrica, mas existe também a efetividade como a realidade vivenciada cotidianamente pelos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

Segundo o Manual/ CAPS (2004), os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: • consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);

- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos CAPS's se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (Manual/CAPS, Brasília, 2004).

Levando-se em consideração o que diz a Portaria Nº 336/GM, de 19 de Fevereiro de 2002, os CAPS's devem contar com um mínimo de estrutura física capaz de proporcionar um local adequado para as atividades individuais e grupais para os usuários e seus familiares, estrutura essa capaz de proporcionar bem-estar e sensação acolhedora a todos que recorrem ao CAPS.

No entanto, de acordo com os relatos colhidos a partir das entrevistas realizadas junto aos familiares de usuários do CAPS Geral I- Nise da Silveira, podemos perceber uma diferenciação entre o que a Lei propõe como ideal para a estrutura física de um CAPS e o que os depoimentos dos familiares

entrevistados nos revelam segundo o índice de satisfação dos mesmos em relação à estrutura física do CAPS Geral I- Nise da Silveira, como podemos sentir pelos fragmentos das falas a seguir:

(...) “A gente vem para as consultas e fica aqui em pé, no sol, sem cadeiras para todo mundo, deveria ter uma recepção melhor pra nós” (Rosa, 23 anos).

(...) “É tudo bem improvisado, precário mesmo, o Prefeito esqueceu dos CAPS” (Margarida, 29 anos).

(...) “Aqui já foi bom, mas de tanto os pacientes que ficam aqui o dia todo sem fazer nada, eles quebram tudo, agora é tudo precário” (Flor, 42 anos).

Dos familiares entrevistados, aproximadamente 70% encontram-se insatisfeitas com a estrutura física do CAPS Geral I- Nise da Silveira, apenas 30% (6 pessoas) encontram-se bem satisfeitas.

No tocante à Assistência Farmacêutica (distribuição de medicamentos), quando indagados, os familiares entrevistados mostraram-se demasiadamente insatisfeitos. Como podemos perceber nos relatos a seguir:

(...) “A gente vem buscar o remédio e volta pra casa sem nada” (Violeta, 48 anos).

(...) “O remédio foi passado errado... o clínico geral nem olha para o nosso prontuário” (Flor, 42 anos).

(...) “O médico passa remédio pra dois mês e o retorno é marcado para três mês depois, acaba o remédio e o que a gente faz com o mês que falta? Fica sem remédio?” (Cravo, 78 anos).

No âmbito da saúde mental a assistência farmacêutica tem o embasamento da Portaria GM 1.077/99 que garante recursos para a aquisição de medicamentos essenciais.

A necessidade de medicação de cada usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deve ser avaliada constantemente pelos profissionais do serviço. Os CAPS's podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um.

Os CAPS's poderão também ser uma central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental na sua região. Isso quer dizer que os CAPS's podem ser unidades de referência para dispensação de medicamentos básicos 1 e excepcionais 2, conforme decisão da equipe gestora local. Os CAPS's poderão dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência e, ainda, em casos muito específicos, àqueles pacientes internados em hospitais da região que necessitem manter o uso de medicamentos excepcionais de alto custo no seu tratamento.

Para que a distribuição de medicamentos por parte do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira seja feita de forma adequada as exigências da Portaria GM 1.077/99 é necessário a constância na reavaliação dos medicamentos e da dosagem dos mesmos em relação aos usuários do CAPS Geral I- Nise da Silveira que os utilizam. Entretanto pelos depoimentos dos familiares entrevistados, observamos falhas nesse processo de distribuição e acompanhamento da administração de fármacos, ou seja, 50% encontram-se insatisfeitas com a distribuição de medicamentos por parte do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

De acordo com a Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Art. 2º, Parágrafo V, é direito da pessoa portadora de transtorno mental à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.

Porém, nas falas dos familiares de usuários do CAPS Geral I, esse direito encontra-se longe de ser cumprido, como podemos tomar ciência:

(...) “A falta de médico já está passando dos limites, dois anos sem consulta, até agora não tem médico pra suprir a demanda daqueles que eram atendidos e ficaram sem médico” (Margarida, 29 anos).

(...) “O médico é o mais necessário, não há como ficar sem médico... o povo só depende do medicamento” (Dália, 21 anos).

(...) “A quantidade de profissionais é insuficiente, muitas vezes não tem médico psiquiatra” (Tulipa, 54 anos).

(...) “Não tem médico” (Orquídea, 44 anos).

(...) “Às vezes não tem médico, a gente vem e volta pra casa sem nada” (Violeta, 48 anos).

Dos familiares entrevistados, 100% encontram-se bastante insatisfeitos com a ausência parcial e/ou falta de médico psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

Quando indagados a respeito do tempo de espera que tiveram de enfrentar para o primeiro atendimento médico psiquiátrico, os familiares entrevistados mostraram-se insatisfeitos em relação à espera para atendimento médico no CAPS Geral I- Nise da Silveira, ou seja, 90% manifestam-se negativamente quanto à demora no atendimento.

(...) “Não consegui atendimento, pois só tem um médico para todo mundo, ficou marcada para daqui três meses” (Orquídea, 44 anos).

(...) “A experiência mais negativa foi quando minha cunhada tava numa crise forte, a gente veio aqui e não tinha médico para atender” (Papoula, 41 anos).

(...) “Foi muito difícil conseguir atendimento, tive de madrugar” (Tulipa, 54 anos).

Somente 10% das famílias entrevistadas afirmam estarem bem satisfeitas quanto ao tempo de espera para atendimento médico.

(...) “Sempre que eu procurei o CAPS, eles deram um jeito e me encaixaram” (Dália, 21 anos).

Os profissionais que trabalham nos CAPS's possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS's.

Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS's contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Segundo o Manual/CAPS (2004), é sugerido para uma cidade como Fortaleza (3. 700. 000 Habitantes) uma equipe mínima de:

- 1 artesão;
- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional.

Porém, no CAPS Geral I- Nise da Silveira encontramos um quadro profissional bastante carente em termos de algumas especialidades profissionais, é o caso do médico psiquiatra, ou seja, 80% dos familiares entrevistados encontram-se insatisfeitos com a falta de consultas suficientes e regulares para os usuários do CAPS; do professor de educação física, ou seja, muitas famílias sugeriram a oferta de atividades físicas para os usuários, no entanto torna-se viável tal atividade sem a presença do profissional de educação física.

As falas dos familiares entrevistados do Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira retratam um quadro profissional defasado e que não atende a demanda real da população que dele precisa. Vejamos:

(...) “A quantidade dos profissionais é pouca e eles deviam atender melhor” (Jasmim, 45 anos).

(...) “Não consigo atendimento fácil, pois só tem um médico” (Orquídea, 44 anos).

(...) “São poucos profissionais, acho que não é só o paciente que precisa de atendimento, a família precisa também” (Papoula, 41 anos).

(...) “São poucos profissionais, e eles atendem com a cara ruim, cara torta e com ignorância” (Cravo, 78 anos).

Apenas 10% dos familiares entrevistados relatam que a quantidade de profissionais no CAPS Geral I é boa e 10% relatam que a quantidade de profissionais é regular.

No quesito assiduidade, os familiares entrevistados mostram-se, em sua maioria, insatisfeitos, ou seja, 60% dos familiares entrevistados.

Como podemos perceber pelas falas dos mesmos:

(...) “Eles marcam para o psiquiatra e muitas vezes ele nem vem” (Tulipa, 54 anos).

(...) “A gente chega na hora marcada e não tem ninguém” (Rosa, 23 anos).

Das pessoas entrevistadas, 30% mostram-se bem satisfeitas quanto à assiduidade dos profissionais do CAPS Geral I.

(...) “Sempre que eu venho aqui sou atendida” (Papoula, 41 anos).

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária.

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes com transtornos mentais: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação, e respeitada esta especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros.

A equipe multiprofissional deve procurar estimular, por meio dos pacientes, dos representantes da comunidade, de profissionais da área de comunicação e da sociedade civil, o desenvolvimento de atividades comunitárias.

Baseando-se nesses pressupostos mencionados acima, podemos perceber que a opinião dos familiares entrevistados, quanto à relação entre os profissionais do CAPS Geral I- Nise da Silveira, é bastante diversificada, observemos:

Das pessoas entrevistadas, 40% percebem como insatisfatória a relação entre os diversos profissionais que compõem o quadro multiprofissional do CAPS Geral I- Nise da Silveira.

(...) “Os profissionais trabalham muito isolados” (Tulipa, 54 anos).

(...) “Um diz uma coisa de manhã e à tarde o outro já diz outra coisa diferente, eles não se entendem” (Violeta, 48 anos).

Enquanto 30% dos familiares entrevistados mencionaram que a relação entre os profissionais do CAPS Geral I- Nise da Silveira é regular e 30% mencionaram ser boa.

(...) “Existe uma boa integração entre eles” (Margarida, 29 anos).

(...) “O relacionamento entre os profissionais acaba sendo normal” (Jasmim, 45 anos).

(...) “A relação entre os profissionais é normal” (Orquídea, 44 anos).

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS.

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Para isso, é importante lembrar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados. É importante ressaltar que os vínculos terapêuticos

estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e re-significado.

A respeito do atendimento prestado, os familiares entrevistados têm opiniões diversas, ou seja, 50% manifestaram insatisfação, 20% relataram ser regular o atendimento por parte dos profissionais do CAPS Geral I- Nise da Silveira, 10% relataram estarem bem satisfeitos quanto ao atendimento, 10% relataram ter um ótimo atendimento por parte dos funcionários do CAPS Geral I- Nise da Silveira e 10% no momento da entrevista mostraram-se muito satisfeitos quanto ao atendimento por parte do quadro profissional do Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira.

De acordo com o Manual/CAPS (2004), os CAPS's funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª feira) funcionando das 8 às 18 horas. No CAPS Geral I- Nise da Silveira, os atendimentos acontecem de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h.

Dos familiares entrevistados 80% dizem estarem bem satisfeitos quanto ao horário de atendimento, em contrapartida 20% dos familiares entrevistados responderam estar insatisfeitos com o horário de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial Geral I- Nise da Silveira.

(...) “Deveria ter terceiro turno nos CAPS, como acontece hoje em dia nos Postos de Saúde, pois muita gente trabalha o dia todo e não tem tempo pra vim aqui” (Orquídea, 44 anos).

Muitos dos familiares entrevistados sugeriram a necessidade de atendimento de emergência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

(...) “Deveria ter atendimento de emergência aqui no CAPS I” (Papoula, 41 anos).

Os CAPS's podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominada clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo (re) construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (Manual/CAPS-Brasília, 2004).

Os CAPS's devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Indagamos aos familiares entrevistados a respeito da participação em atividades individuais e grupais realizadas pelo CAPS Geral I- Nise da Silveira,

segundo o que é proposto pelo Manual/CAPS como atividades a serem desenvolvidas junto aos familiares. Dos familiares entrevistados 90% (18 pessoas) relataram insatisfação quanto às atividades propostas pelo CAPS Geral I- Nise da Silveira e, em sua maioria, manifestaram-se indiferentes a tais atividades.

(...) “Não conheço e nem frequento nenhum grupo” (Jasmim, 45 anos).

(...) “Trabalho muito não tenho tempo pra vim” (Orquídea, 44 anos).

(...) “O grupo de família não existe na prática, se trabalhassem a família não haveria tanta internação, pois a família compreenderia o problema” (Papoula, 41 anos).

Dentre os vinte (20) familiares entrevistados não se observou nenhuma diferenciação significativa quando indagados a respeito da avaliação do CAPS Geral I- Nise da Silveira, ou seja, dentre os relatos daqueles dez (10) familiares entrevistados que frequentam exclusivamente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira e os dez (10) familiares entrevistados que frequentam tanto o CAPS Geral I- Nise da Silveira quanto o Projeto Quatro Varas- MISMEC-CE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada autoriza afirmar-se que os familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I – Nise da Silveira que participaram da pesquisa empírica, não o reconhecem como um dispositivo de promoção da saúde mental capaz de produzir mudanças significativas em seus cotidianos, os familiares entrevistados não perceberam o referido CAPS como substituto no tocante as internações psiquiátricas que, por vezes, seus entes queridos com transtorno mental ainda recorrem no momento de crises severas. Em muitas ocasiões de surtos de seus familiares com transtorno mental,

segundo os entrevistados, eles não encontram no nesse CAPS alternativas que efetivamente evitem as recorrentes e tradicionais internações em hospitais psiquiátricos.

As expectativas dos familiares entrevistados, em relação ao Centro, pouco se relacionam com as metas e objetivos oficiais a que se propõem os CAPS's, pois, na verdade, se um CAPS passa dois anos sem psiquiatra, é também contrário ao que foi oficialmente pensado – segundo a política de saúde mental do país a figura do psiquiatra continua importante – ele tem sim um papel no CAPS, só que não é o único prioritariamente.

A atual política pública de saúde mental no Brasil preconiza que se evitem ao máximo as internações psiquiátricas e que estas, quando inevitáveis, tenham a menor duração possível. Dessa forma os familiares de pessoas com transtornos mentais tornaram-se um lastro de sustentação dos programas de saúde mental comunitária.

A construção do novo modelo de assistência em saúde mental ainda vem causando profundas expectativas e estranhamentos variados na sociedade atual, pois implica mudança cultural das instituições, dos gestores, dos usuários, dos profissionais de saúde, dos familiares e da comunidade. Desse modo, não se visa à solução simplista de encontrar uma nova forma de tratar mais uma “doença”, mas, principalmente, à promoção da saúde mental, à adaptação do sujeito e da própria sociedade a sua nova realidade. Nessa nova proposta, descronificam-se os atores envolvidos, uma vez que ela propõe a implantação da rede social e a co-divisão das responsabilidades inerentes aos familiares e a sociedade, dessa maneira gera a sobrecarga dos familiares que foram despertadas para solicitações, reivindicações e aportes necessários para o convívio e o enfrentamento do transtorno mental. Entretanto, pouco importando se as famílias pobres teriam as condições reais de desempenhar esses novos papéis

Faz-se necessário que se busque a transformação ideológica de todos os atores que estão envolvidos nessa nova proposta de assistência à pessoa com transtorno mental, já que, o processo de institucionalização esteve

arraigado tão intrinsecamente nas memórias, nos gestos e no próprio processo de assistência em saúde mental.

Logo temos que desconstruir, não somente as históricas instituições psiquiátricas, com seus muros e portões, que impediram a vivência de seus internos com a sociedade. Temos que preparar a sociedade, os profissionais de saúde, mas também, e prioritariamente, os familiares para esse novo tempo da história de assistência às pessoas com transtorno mental, somente sabendo os propósitos dessa nova abordagem em saúde mental – e dispendo de condições concretas nas instituições e o suprimento de suas necessidades básicas e as próprias condições subjetivas dos familiares – é que estes poderão ser coadjuvantes do CAPS. Nessa hipótese, certamente avaliariam os serviços destinados aos seus familiares com transtorno mental e a eles mesmos, por meio de outros referenciais.

As famílias não podem continuar sustentando o processo cruel de internação de seus entes queridos, mas para isso é preciso que lhes sejam propiciadas as condições necessárias à superação da institucionalização segundo o modelo tradicional, discutidos no primeiro capítulo. Se os familiares não reconhecem nos Centros de Atenção Psicossocial uma alternativa de substituição ao processo secular de hospitalização, alguma coisa está faltando nesses centros e nas políticas públicas para que, de fato, garantam suporte para o acolhimento humano dos seus familiares com transtorno mental e, em outras palavras, efetivem, de fato, a desinstitucionalização.

BIBLIOGRAFIA

ALVERGA, A. R. de, & DIMENSTEIN, M. **A Loucura Interrompida nas Malhas da Subjetividade**. In: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2, AMARANTE, P. (coordenador). Rio de Janeiro: Nau, 2005.

AMARANTE, PAULO. **“O Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial”**. In: Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1992.

AMARANTE, PAULO. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, PAULO. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 11(3): 491- 494 jul./set, 1995.

AMARANTE, PAULO. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, PAULO. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. & TORRE, E. H.G. **A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro: maio/ ago., 2001.

AROUCA, S. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tema 11, Ano VI, Novembro. Radis: Fiocruz, 1988.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral à Saúde Mental no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf. > Acesso em 26 de mar.2012.

BACHELARD, Gaston. **O novo espírito científico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária: Passo a Passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

BARRIO, L. R. Del et al. **Avaliação Qualitativa de Serviço em Saúde Mental a Partir das Perspectivas de Usuários e Profissionais- negociação, cidadania e qualidade dos serviços**. In: Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. BOSI, M. L. & MERCADO, F. J. Petrópolis: Vozes, 2004.

BARROS, D.D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

BASAGLIA, FRANCO. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

BELMONTE, P. R. et al. **Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.

BENEVIDES, R. **A Desinstitucionalização da Loucura, os Estabelecimentos de Cuidado e Práticas Grupais**. In: Clio- Psyché Hoje: fazeres e dizeres Psicológicos da história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 65- 70, 2001.

BISNETO, J. A. **O Serviço Social na Área da Saúde Mental e a Reabilitação Psicossocial**. XI CBAS, Fortaleza, 2004.

BOARINI, M. (org.). **Desafios na Atenção à Saúde Mental**. Marigá: Eridem, 2000.

BRAGA, C. F. C. **O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Tese de Doutorado: Faculdade de Ciências Médicas, Depto. de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, 2000.

BRASIL- **Portaria 224/ 92**. Estabelece Diretrizes e Normas para o Atendimento em Saúde Mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992.

BRASIL. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 9 de abr. 2001. p.2, col 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental**, 2ª ed. Revista e atualizada, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental: **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de**

Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Lei 10.216, de 16 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

_____. **Lei Nº 12.151/93.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos de assistência, além de regular a internação compulsória no estado do Ceará.

BRITO, C.M.D. **Rascunhos da Loucura.** São José dos Campos: Univap, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A Reforma da Reforma: repensando a saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARDOSO, A. **As Colonias de Alienados** In: "Annais da Colonia de Psychopathas". Rio de Janeiro, 1929.

CASTEL, ROBERT. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CENTRO PSIQUIÁTRICO PEDRO II. **Avaliação e Metas das Unidades, Serviços e/ou Programas do CPPII - IV Congresso do CPPII.** Mimeo, 1997.

COHN, A. et al. **Saúde no Brasil.** Políticas e Organização de Serviços. São Paulo: Cortez, 1996. 248 p.

COLVERO, L. A. et al. **Família e Doença Mental: A Difícil Convivência com a Diferença.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COSTA, JURANDIR FREIRE. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1984.

COSTA, JURANDIR FREIRE. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo. São Paulo: Mandacaru, 1987. 93 p.

COSTA, N. R. do, et al. **Cidadania e Loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 7ª ed. Vozes, Petrópolis, 2001. 126 p.

DELGADO, J. (Org.). **A Loucura na Sala de Jantar**. Ed. Resenha. São Paulo, 1991.

DELGADO, PEDRO GABRIEL. **As Razões da Tutela**: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te corá, 1992.

DELGADO, PEDRO GABRIEL. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos: relatório da visita aos manicômios**. Brasília, Congresso Nacional, Junho de 2000.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERNANDES, M. I. A. (org). **Fim de Século: ainda manicômio?** São Paulo: IPUSP, 1999.

FIGUEIREDO, A.C.et al. **Ética e Saúde Mental**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Topbooks, p.126, 2001.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da Cidade**. Imprensa Municipal. 2007.

FORTE, S. H. A.C. **Manual de Elaboração de Tese, Dissertação e Monografia**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2006.

FOUCAULT, MICHAEL. **Doença Mental e Psicologia**. 5ªed. Edições Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1994.

FOUCAULT, MICHAEL. **O Nascimento da Clínica**. 4ªed. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1994.

FOUCAULT, MICHAEL. **O Nascimento da Clínica**. 4ªed. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1994.

FOUCAULT MICHAEL. **História da Loucura na Idade Clássica**. 5ªed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GOFFMAN, ERVING. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 3ªed. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GOLDBERG, J. A Doença Mental e as Instituições – a perspectiva de novas práticas. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1992.

GOLDBERG, J. **Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar- Como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**. 7ª ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2003.

JORGE, MARIA SALETE BESSA et. al. (Org). **Saúde Mental: da Prática Psiquiátrica asilar ao Terceiro Milênio**. Fortaleza: Eduece, 1999.

LANCETTI, A. **Prevenção, Preservação em Saúde Mental**. In: Saúde e Loucura. Vol. 1, São Paulo: Hucitec, 1991.

LODI, J. B. **A Entrevista: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1974.

MACHADO, Kátia. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** Rev. Radis Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2005.

MANUAL/CAPS, Brasília- DF, 2004.

MINAYO, M. C. de S. “Análise ou Tratamento do Material”. In: **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Brasco, 1992, p. 197-247.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MOFFATT, A. **Psicoterapia do Oprimido: Ideologia e Técnica da Psiquiatria Popular**. São Paulo: Cortez, nº 26, 1988.

NICÁSIO, M. F. S. **O Processo de Transformação em Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Pontifca Universidade Católica de São Paulo, 1994.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, F. B. A Construção do Paradigma Psiquiátrico. In: _____. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPB-Universitária, Cap.1, p. 23-40, 2002.

LANCETTI, A. (org). **Saúde-loucura 2**, São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.

PESSOTTI, I. **A Loucura e as Épocas**. Editora 34. Rio de Janeiro, 1994.

PESSOTTI, I. **O Século dos Manicômios**. Editora 34. Rio de Janeiro, 1996.

PITTA, ANA MARIA FERNANDES. **Os CAPS: espaços de reabilitação?** In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12): 647-654. Rio de Janeiro, 1994.

PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ed. HUCITEC. São Paulo, 1996.

PITTA, Ana Maria FERNANDES. **Qualidade de Serviços de Saúde Mental: desafios para a epidemiologia**. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45(6): 313-321. Rio de Janeiro, 1996.

RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: COSTA, Nilson do Rosário, 1987.

ROSA, L.C.S. **Os Saberes Construídos Sobre a Família na Área da Saúde Mental**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 71, 2002.

ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SAMPAIO, JOSE JACKSON COELHO. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a Sobrevivência do Asilo e Outros Destinos Possíveis**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988.

SAMPAIO, JOSÉ JACKSON. COELHO. et al. "A Experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento de Reforma Psiquiátrica". In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARTI, C. **A Família e Individualidade**. In: A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: Educ, 2002.

SAWAIA, B. B. "**Família e Afetividade: A configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades**". In: As Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. 4ªed. Petrópolis: Vozes, 2002.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias Atuais: História e Conceitos**. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2002.

VASCONCELOS, E. M. "**Breve Periodização do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente**". In: Saúde Mental e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Familiares dos usuários do CAPS geral da Secretaria Executiva Regional I.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: Saúde Mental e CAPS: a avaliação da efetividade da Política de Saúde Mental em Fortaleza sob a ótica das famílias de Usuários do CAPS Geral da Secretaria Executivo Regional I.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR

O presente trabalho de pesquisa se propõe a instigar a discussão em torno dos referenciais avaliativos construídos pelas famílias acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Tendo em vista a reformulação da assistência psiquiátrica, a unidade familiar assume um importante papel no cuidado e acompanhamento dos sujeitos com transtorno mental que utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial.

No atual contexto da assistência psiquiátrica, a família como espaço privilegiado da prática do cuidado, precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de adesão aos novos espaços de tratamento da pessoa com transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção e avaliação desse novo processo de tratamento.

A pesquisa tem como objetivo: **Investigar como as famílias constroem seus referenciais para avaliar as práticas assistenciais efetivadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semiestruturada e observação participante.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Fortaleza, CE, ___/___/___.

Assinatura do (a) Participante

Ana Caroline da Silva Nascimento-Pesquisadora - Mestrado/. CESA /UECE

APÊNDICE B**Roteiro de Entrevista – Usuários e familiares da Saúde Mental****I – dados de identificação**

Identificação: _____

Idade (anos) _____

Naturalidade: _____

Grau de Parentesco com o Usuário do CAPS: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Tipo de Encaminhamento que lhe direcionou a este CAPS: _____

Tempo de Tratamento: (meses): _____

Medicação utilizada: _____

Acesso a unidade (tempo de espera para conseguir atendimento): _____

Unidades percorridas antes do acompanhamento na unidade atual: _____

Questionamentos sobre:

Como você analisa a abordagem inicial feita pelos profissionais do CAPS?

Qual foi a primeira impressão que você teve ao adentrar no CAPS?

Quais os serviços oferecidos neste CAPS que você utiliza ou não utiliza? E por quê?

Quais os serviços que você gostaria que fossem ofertados no CAPS e que por hora você ainda não encontra?

Qual a frequência que você vem ao CAPS?

Como você percebe a estrutura física do CAPS?

Como você avalia a quantidade de profissionais que trabalham neste CAPS?

Como você avalia os trabalhos desenvolvidos em grupo e os de forma individual oferecidos aos usuários e familiares pelo CAPS?

Como você percebe a integração entre os profissionais que atuam neste CAPS?

Quais as experiências positivas e negativas que você vivenciou no CAPS?

Quais fatores facilitadores e dificultadores para você na adesão dos serviços oferecidos pelo CAPS?

APÊNDICE C

Roteiro da Observação Participante

ELEMENTOS DE REFERÊNCIA

Condições de atendimento dos usuários e familiares

Ações desenvolvidas pelo CAPS

Tipos de encaminhamentos feitos pelo CAPS para os usuários e familiares

Relações interpessoais entre trabalhadores, usuários e familiares

Capacidade de resolver problemas em saúde mental

Organização do processo de trabalho

Ofertas do serviço em relação às necessidades demandadas pelos usuários

Integralidade nas ações em saúde mental

Participação dos usuários e familiares nos grupos do CAPS

Construção de um cronograma que atenda as reais necessidades dos usuários do CAPS