



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS III GUARABIRA
CENTRO DE HUMANIDADES OSMAR DE AQUINO
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA**

RODRIGO DA SILVA GOMES

REFORMA PSIQUIÁTRICA ATRAVÉS DO CAPS NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB

**GUARABIRA
2017**

RODRIGO DA SILVA GOMES

REFORMA PSIQUIÁTRICA ATRAVÉS DO CAPS NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, para encerramento do componente curricular, e conclusão da graduação em História.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Edna Maria Nóbrega Araújo

GUARABIRA
2017

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

G633r Gomes, Rodrigo da Silva.
Reforma psiquiátrica através do CAPS no Município de Sapé - PB. [manuscrito] / Rodrigo da Silva Gomes. - 2017
35 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades, 2017.

Orientação : Profa. Dra. Edna Maria Nóbrega Araújo, Coordenação do Curso de História - CH.

1. Reforma psiquiátrica. 2. CAPS. 3. Luta antimanicomial.

21. ed. CDD 362.2

RODRIGO DA SILVA GOMES

REFORMA PSIQUIATRICA ATRAVÉS DO CAPS NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, para encerramento do componente curricular e conclusão da graduação em História.
Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Edna Maria Nóbrega Araújo

Aprovada em: 22/11/2017.

BANCA EXAMINADORA

Edna Maria Nóbrega Araújo
Prof.^a Dr.^a Edna Maria Nóbrega Araújo (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Joedna Reis de Menezes
Prof.^a Dr.^a Joedna Reis de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Susel Oliveira da Rosa
Prof.^a Dr.^a Susel Oliveira da Rosa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICO a todos que fizeram do meu sonho real, me proporcionado forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos anos, mas graças a vocês não fraquejei. Obrigado por tudo, família, amigos professores e colegas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e coragem nos momentos mais difíceis mesmo após tantos obstáculos enfrentados ao longo desta caminhada, com força de vontade, perseverança e acima de tudo muito comprometimento finalmente consegui realizar, mas este sonho, entretanto nada teria conquistado sem a presença de Deus durante esta minha trajetória

Não posso deixar de agradecer meus mestres que além de me ensinarem tudo que sei, contribuíram substancialmente para minha formação, a esses o agradecimento é especial, mas devo citar uma em específico, minha orientadora Prof.^a Dr.^a Edna Maria Nóbrega Araújo, pela paciência e empenho durante a construção desse trabalho, e por nunca ter permitido que eu desistisse.

Agradeço aos meus pais: José Gomes Bernardo e Sônia Maria da Silva, que sempre me apoiaram nas minhas decisões e nos meus momentos mais difíceis, era em seus braços que eu encontrava o maior apoio, onde também sei que estão exultantes de alegria diante desta minha nova conquista. Agradeço também a minha irmã Rayane Kelly, que me apoia em momentos que só uma irmã poderia apoiar, me ensinando muito nos momentos complexos onde cogitei a possibilidade de desistir desta graduação.

Agradeço também a minha grande família primos (as), tios (as), aqueles que deram força com palavras em momentos oportunos. Aos meus amigos, que fizeram parte da minha jornada não só universitária, como no trabalho compartilhando conhecimentos, momentos alegres festivos e também momentos difíceis em especial Anderson Ferreira, Cristina, Patrícia, Roberto, Fátima Sales e Martinho obrigado pela amizade de vocês durante essa graduação. Devo agradecer também aos meus amigos de infância, Alisson Gomes, Anderson Gomes, Júlio Cesar, Nathan, Liedson e Wellison, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando em cada escolha que eu fiz.

Gostaria de agradecer a banca examinadora; Prof.^a Dr.^a Joedna Reis de Meneses E a Prof.^a Dr.^a Susel Oliveira da Rosa, que cedeu uma parte do seu tempo precioso para poder contribuir com meu trabalho.

Por fim, meu muito obrigado, a todos que foram de alguma forma responsável por essa vitória tão esperada ao longo desses cinco anos que Deus os retribua com muitas bênçãos.

“Abrir uma instituição, o manicômio, não é apenas abrir as portas, mas abrir nossa cabeça em confronto com aquele que nos procura”.

(Franco Basaglia)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIG. 01 – CAPS-AD III Nise da Silveira.....	24
FIG. 02 – Artesanato produzido pelos usuários do CAPS-AD III Nise da Silveira.....	26
FIG. 03 – CAPS III Cartaz Portas abertas.....	26
FIG. 04 – Profissionais e usuários do CAPS AD III Nise da Silveira na luta antimanicomial	28

SUMÁRIO

1	Introdução.....	09
2	Reforma psiquiátrica.....	11
2.1	CAPS: Centro de atenção psicossocial.....	16
2.2	O CAPS-AD III Nise da Silveira.....	23
2.2.1	Participantes da Pesquisa.....	28
2.3	A Reforma psiquiátrica segundo os profissionais da saúde do CAPS AD III - Nise da Silveira.....	29
3	Considerações finais.....	30
	Abstract.....	32
	Referências.....	33

REFORMA PSIQUIÁTRICA ATRAVÉS DO CAPS NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB

Rodrigo da Silva Gomes¹

RESUMO

Neste artigo discutimos a importância da reforma psiquiátrica no Brasil, com destaque para o município de Sapé. A reforma psiquiátrica no Brasil ganhou força na década de 80, criando rasuras na história da psiquiatria, onde o hospício e a psiquiatria, que até então era responsável pelo tratamento da loucura, passam a ser contestado por outras áreas do saber como a psicanálise e a psicologia, no período que a reforma ganha força o Brasil passa por grandes transformações no cenário político, com o fim da ditadura e o retorno da democracia, os movimentos daquela época lutavam por um país menos desigual, com uma política que utilizava estratégias discursivas com proposta de combater as práticas vigentes, é nesse contexto que é inaugurado o primeiro CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, que buscava reconstruir uma relação entre os pacientes e seus familiares, com um tratamento mais humanizado, para ganhar um amplo apoio para luta antimanicomial. Portanto, entendemos que a reforma psiquiátrica tem como objetivos questionar e propor novas estratégias para a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. O estudo foi realizado em um CAPS-ad III do município de Sapé, no qual participaram seis trabalhadores que atuavam há mais de um ano nesse serviço. O procedimento utilizado envolveu uso de fotografias e entrevistas semiestruturadas. A partir das entrevistas podemos perceber o que pensam os profissionais que hoje trabalham no CAPS sobre a reforma psiquiátrica e como é o funcionamento e as atividades propostas pela instituição enquanto um serviço substitutivo de saúde mental. Buscando identificar os avanços, desafios, dificuldades e mudanças que envolvem a prática dos profissionais e refletir sobre os problemas e desafios que são enfrentados.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; CAPS; Luta Antimanicomial.

1. INTRODUÇÃO

“Eu não me atrevo a definir a loucura”. (Nice da Silveira)

Neste artigo buscamos discutir através de documentos e entrevistas a problemática sobre reforma psiquiátrica. O intento deste tema proposto ocorreu devido ao fato de eu ter trabalhado em uma Instituição de Tratamento de Usuários de Álcool e outras Drogas no Município de Sapé, despertando dessa maneira nosso desejo pelo tema abordado. Sendo

¹ Aluno de Graduação em História na Universidade Estadual da Paraíba – Campus III.
E-mail: rodrigo672@hotmail.com

assim, temos como objetivo discutir o funcionamento de um serviço substitutivo de saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Buscando identificar os avanços, desafios, dificuldades e mudanças que envolvem a prática dos profissionais e os princípios da lógica manicomial, compreender tais avanços ou retrocessos e refletir sobre os problemas e desafios que são enfrentados.

Iniciaremos o trabalho com um breve histórico da Reforma Psiquiátrica, tanto em seu âmbito geral como no contexto específico brasileiro, com um intuito de fazer um apanhado histórico e também contextualizar como acontece atualmente esse processo. Em seguida, discutiremos a proposta atual de serviço, conhecido como Modelo de Atenção Psicossocial, mostrando os caminhos percorridos do antigo ao novo, acercando o proposto, hodiernamente, os serviços substitutivos em Saúde Mental. Iremos caracterizar, discutir e compreender como é está o atual serviço substitutivo de saúde mental estudado, o CAPS, especificamente o CAPS, de Sapé, Nise da Silveira.

A Reforma psiquiátrica é uma realidade que tem despertado inúmeras reações e a atenção da sociedade. Essa reforma é baseada no projeto de Lei 10.216² que legitima as ações dos reformadores em saúde mental, e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério de Saúde. Para Barros (1994), um passo importante para a desinstitucionalização foi o reconhecimento da incapacidade da psiquiatria em fornecer conhecimento satisfatório para o problema concreto da internação e da loucura. A psiquiatria, mesmo reformada, continua a se ocupar dos resíduos que a sociedade produz e segrega, no plano da teoria, permanecendo desconectada da realidade concreta das pessoas definidas como doentes.

Amarante, (2009) pontua que, a Reforma Psiquiátrica em uma dimensão cultural, pode ser entendida resumidamente como um processo de transformação social da loucura, da diferença e da divergência. Conforme assevera Basaglia (1982, p. 29), “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas do mundo que lutam por uma situação de emancipação”. Entendemos que, a Reforma Psiquiátrica vai além de uma transformação do modelo assistencial, é nesse caminho que pretendemos seguir, para ampliar o nosso saber desse movimento e compreender a trajetória e o desenvolvimento de todo o processo. Para a realização desse trabalho foi necessário o uso

² Conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica. Ela representa, no Brasil, um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais. Disponível em: <http://saudedireito.org/2014/05/26/lei-10-216-de-2001-reforma-psiquiatica-e-os-direitos-das-pessoas-com-transtornos-mentais-no-brasil/>. Acesso em 18/11/2017.

de fotografias, e entrevistas semiestruturadas, além de um referencial teórico e uma revisão bibliográfica sobre as reformas psiquiátricas.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao falar em história da loucura, nem sempre foi vista da mesma forma,

Inicialmente, por mais que pareça estranho aos olhos de hoje, pode-se afirmar que a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo um privilégio. Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (*manikê*) para designar tanto o “divinatório” como o “delirante”(1). Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Isso não quer dizer que essas pessoas fossem consideradas normais ou iguais, mas que eram portadoras de uma desrazão, a qual, apesar de habitar a vizinhança do homem e do seu discurso, precisava ser mantida numa distância, separando o sagrado das experiências terrenas: “A loucura não é o Outro do homem (do qual ele possa se assenhorar), mas simplesmente o Outro” (SILVEIRA, BRAGA, 2005, p. 592).

O louco estava presente na vida das pessoas e, era visto, se associava a sociedade. Grande parte das famílias mais abastadas mantinham seus familiares loucos em suas residências, enquanto os pobres viviam pelas ruas, mantidos pela caridade. A loucura não era tratada como doença e era vista como um problema particular ou familiar.

No final da antiguidade e início da Idade Média, sob a influência do cristianismo as classes marginalizadas, como os loucos, tornaram-se alvo dos mais ricos que viam neles a possibilidade de expiação dos seus pecados por meio da caridade. Acreditava-se que a loucura fora um castigo por pecados cometidos, uma possessão demoníaca, uma evasão da própria alma. (FOUCAULT, 2012, *apud* SILVA, 2014, p. 12).

Durante a Idade Média o louco foi perseguido pela igreja, muitos foram queimados pela inquisição sob a justificativa de estarem endemoniados. Foi nesse período que foi criado o primeiro Hospital Psiquiátrico no Ocidente, na Espanha em 1410.

Na idade Moderna o misticismo da religião vai dá lugar a observação e a descrição da loucura. A nova ordem econômica vigente reforçava a necessidade da produtividade. No entanto, quanto mais às cidades cresciam mais aumentavam os desocupados, pobres ou loucos a perambular pelas ruas, visto que estes últimos já não eram assistidos pela Santa Casa de Misericórdia. Nesse sentido, as autoridades governamentais buscam formas de retirar a aquela população perigosa das ruas. Eles eram tutelados à família ou eram isolados

Como denunciou Foucault, eles eram escorraçados das cidades, ficavam vagando a esmo de vila em vila ou eram embarcados em navios que os deixavam em terras distantes.

Enquanto os mais inofensivos, pedindo esmolas nas ruas ou executavam pequenas tarefas a eles designadas, os doentes mentais mais agressivos eram trancados em celas, masmorras e prisões, sendo então, submetidos a tratamentos cruéis como flagelamento, ingestão de purgante e sangrias. Os antigos leprosários após o desaparecimento da lepra abriram suas portas para este público. (SILVA, 2014, p.34).

Desaparecia a lepra, apagando (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes ao primeiro, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazareto e veremos que solução se espera dessa exclusão para eles e para aqueles que os excluem (FOUCAULT, 1975, p.6).

Posteriormente, o louco passa a ser reorganizado dentro da sociedade passando a ser isolado de todos, ou seja, ele se torna um objeto desumanizado, pois naquele período a loucura é associada a alienação e a não adaptação do indivíduo ao novo modo de produção. Segundo Cradella Jr. (2008), a exclusão desses indivíduos pelo estado burguês é subproduto das relações sociais, econômicas e políticas do modo de produção capitalista. Nessa era, o avanço do capitalismo deu um novo sentido ao indivíduo, que passa a conquistar gradualmente a condição de cidadania. Nesse contexto os hospitais gerais, tornaram-se instituições de correção e ajustes morais, ou seja, um sistema regulador de disciplina, no qual passar a ser o lugar social destinado ao erro, que tinha como objetivo recolher os pobres os considerados preguiçosos e loucos.

Nesse primeiro momento, o hospital tinha a função de abrigar os pobres e desempregados e logo após passar a servir de abrigo para a loucura, a internação não era uma demanda médica, e sim assistencial, ou seja, o hospital cuidava das pessoas que a sociedade não queria ou não podia cuidar, a partir do momento que o um indivíduo era admitido no hospital ele adquire um certa invisibilidade social, pois os mendigos e loucos entre outros eram abrigados nesse local, a sociedade da época não se incomodava mais com seu destino ou seu futuro.

A partir do século XVIII o espaço hospitalar ganha novas conotações e a loucura torna-se objeto de cura.

Para garantir seu funcionamento, o modelo hospitalar necessitava da instauração de medidas disciplinares que viessem garantir a nova ordem. Assim, surge uma arte de delimitação desse espaço físico, onde são fundamentais os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma a garantir que nenhum detalhe escape a esse saber. Dentro desse espaço esquadrihado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua “doença”,

não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo. (SILVEIRA, BRAGA, 2005, p. 593).

Segundo Franco Basaglia (1979), a estrutura econômica e organização social coincidem sempre e não é casual que os manicômios tenham sido organizados no início da revolução industrial e que mostrem sua mais ampla configuração institucionalizada no momento em que se faz necessário separar o homem produtivo do improdutivo. Com o surgimento da era industrial a relação já não se estabelece entre o homem e a sociedade, mas sim entre o homem e a produção, o que cria um novo uso discriminante de cada elemento como a anormalidade, a enfermidade e a inadaptação. O autor, com sua visão crítica ao respeito do manicômio, esclarece:

Historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder. Concedam-lhe ou não os meios de trabalhar, consintam-lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco, e pela a do próprio louco (BASAGLIA, 2005, p. 49).

Aprisionada pelo discurso do psiquiátrico a loucura tornou-se doença que deveria ser confinada para garantir antes de tudo a segurança da sociedade e do próprio louco.

Basaglia (1985), também descreve que nas instituições psiquiátricas é evidente a divisão entre os que têm e os que não têm poder, resultando, portanto, em uma relação de opressão e violência, que exclui todos aqueles desprovidos do poder. Essas instituições, portanto, eram vistas como uma rede de repressão à desordem, que tinham como função social a exclusão daqueles que não se adaptavam a ordem social da burguesia.

Desta forma, tornavam-se instituições imbuídas de brutalidade, tortura, maus tratos, superlotação e violência. Como pontua Gradella Jr. (2008), além da opressão e da violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, rotulando este como normal ou anormal, é uma afirmação do poder médico que se esconde atrás da ciência, mas não deixa de ser uma imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

No contexto brasileiro seremos influenciados diretamente pelas lutas e pela Reforma Psiquiátrica Italiana baseada nas ideias de Basaglia (1996), mas antes é importante descrever que no Brasil no início do século XIX, os considerados loucos, alienados, viviam nas ruas, como indigentes. Já em meados do mesmo século os loucos passam a ser encaminhados para

a Santa Casa de Misericórdia³ com a intenção de higienização das ruas, onde viviam nos porões da instituição, sem assistência médica. Em 1830, iniciam-se as construções dos primeiros hospitais psiquiátricos devido às denúncias realizadas à Santa Casa, em 1852 inaugura-se o Hospício Pedro II⁴, que seguia os moldes de um modelo asilar já proposto na Europa por Pinel⁵.

A psiquiatria será somente reconhecida como uma especialidade médica, no começo do século XX, momento este em que o louco/alienado passa a ser visto como um doente passivo de tratamento. É nesse momento histórico no Brasil que irão surgir às colônias agrícolas para onde serão levados aqueles que são condenados como loucos. No final dos anos 1950, com o crescimento exacerbado de hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas, começam as denúncias em relação à superlotação e aos maus tratos aos sujeitos que ali estavam asilados.

Influenciado pelas ideias italianas de Basaglia (1996), o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início no final dos anos 1970, com avanços significativos nos anos 1980 e 1990. No Brasil as questões sobre a doença mental parecem ter permanecido silenciosas durante muito tempo, como aponta Tenório (2002), não se questionavam os princípios dos asilos e da psiquiatria, mas seus exageros e desvios. O movimento da Reforma irá emergir a partir dos questionamentos dos movimentos sociais em relação aos maus tratos, abusos e violência contra os doentes mentais.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento assim como a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que

³ Santa Casa de Misericórdia: Segundo Gandelman (2001), a Santa Casa de Misericórdia correspondia a esferas bem mais amplas do que o que hoje entendemos como sendo as de um hospital. Essa instituição tinha como objetivo atender aos enfermos dos navios dos portos, moradores das cidades e os loucos que vivam nos porões dos edifícios. A Santa Casa de Misericórdia foi uma marca da colonização portuguesa no Brasil. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000400006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14/10/2017).

⁴ O Hospício de Pedro Segundo foi criado em 18 de julho de 1841, pelo decreto n. 82, destinado especificamente ao tratamento de pessoas com problemas mentais. Seu nome foi uma homenagem ao jovem imperador, que alcançara a maioridade e subira ao trono, tendo sido este o primeiro ato assinado no dia de sua coroação. (Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=9300>. Acesso em: 19/11/2017)

⁵ Philippe Pinel (1745-1826) foi pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna. Formado em medicina pela Universidade de Tolouse (França), dirigiu os hospitais de Bicêtre e Salpêtrière. Pinel banuiu tratamentos antigos, tais como sangrias, vômitos induzidos, purgações e ventosas, substituindo-as por tratamento digno e respeitoso, que inclui terapias ocupacionais. Dentro dessa linha, foi um dos primeiros a libertar os pacientes dos manicômios e das correntes, propiciando-lhes liberdade de momentos por si só terapêutica. (Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/caism-philippe-pinel/institucional/quem-foi-philippe-pinel>. Acesso em: 29/10/2017).

caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 91).

Amarante (2009) pontua que a Reforma Psiquiátrica em uma dimensão cultural, pode ser entendida resumidamente como um processo de transformação social da loucura, da diferença e da divergência. Conforme assevera Basaglia (1982, p. 29), “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas do mundo que lutam por uma situação de emancipação”. Entendemos que Reforma Psiquiátrica vai além de uma transformação do modelo assistencial, é nesse caminho que pretendemos seguir, para ampliar o nosso saber desse movimento e compreender a trajetória e o desenvolvimento de todo o processo.

A reforma psiquiátrica ganhou força a partir da década de 80, formando inúmeras rasuras na história da psiquiatria. Ou seja, o hospício e a psiquiatria, que até então era responsável pelo tratamento da loucura, passa a ser contestado por outras áreas do saber como a psicanálise e a psicologia. No momento em que a reforma ganha força o Brasil passa por grandes transformações no cenário político, com o fim da ditadura e o retorno da democracia, nesse período os movimentos lutava por um país menos desigual. Podemos destacar Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como principal representante na luta pela reforma psiquiátrica. Essa política da reforma utiliza estratégias discursivas com proposta de combater às práticas vigentes, os integrantes desse movimento buscavam construir na relação com familiares e com dirigentes segmentos da sociedade civil, uma maneira de compreender e tratar os pacientes psiquiátricos e assim, obter um amplo apoio para luta ante manicomial.

Em 1987, o movimento dos trabalhadores em saúde mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “Por Uma Sociedade sem Manicômios”. O lema estratégico remete para sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. (AMARANTE, 1994, p.81).

Dessa maneira, percebemos que, esse movimento está ligado a um processo prático de desconstruir os conceitos e as práticas psiquiátricas, em 1989, que foi apresentado ao Congresso Nacional polêmico Projeto de Lei 3657/89, que previa a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais, que desencadeou um debate a nível nacional e uma considerável demora na sua aprovação. Em seguida vários estados brasileiros, na década de 1990, regulamentaram a assistência psiquiátrica no limite dos seus territórios (AMARANTE, 1994).

O texto da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

Os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Logo, a década de 90, foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas⁶ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental⁷, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

2.1. CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O primeiro CAPS foi criado, em 1987, na cidade de São Paulo por meio de um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde em hospital psiquiátrico. Dois anos após foi criado mais um no município de Santos, em 1989, por existir nesse município um grande número de ocorrência de maus-tratos e mortes em pacientes internados em hospital psiquiátrico (BRASIL, 2009). Com a visualização dessa problemática viu-se a necessidade da construção de uma rede de cuidado, mais efetiva para os pacientes da psiquiatria. Diante da

⁶ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

⁷ II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL é resultado de entendimento entre os diversos setores sociais interessados na questão de saúde mental. É consensual, entre os usuários, técnicos, governo e prestadores de serviços, a necessidade e urgência de estabelecimento de uma nova política de saúde mental. (Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208IIensmr.pdf>. Acesso em: 18/11/2017).

repercussão de âmbito nacional pode ser entendido como o marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2009).

Ao longo de anos os pacientes psiquiátricos ficaram internados em hospitais com acesso aos familiares e amigos de forma restrita, limitando-se praticamente aos horários de visitas, alguns chegavam a ser abandonados. Saíam do escuro dos seus quartos onde em alguns casos viviam acorrentados para os hospitais e lá passaram a viver também isolados da sociedade. No entanto, em muitos hospitais ocorriam casos de maus-tratos. Daí surgiu à ideia de criar os CAPS e readaptar esses seres humanos a vida em sociedade. Para alguns autores a mudança na estrutura do atendimento ou mesmo em seu foco, não garante a cidadania às pessoas com transtornos psiquiátricos,

Atentam que o deslocamento do foco do tratamento para a reabilitação psicossocial, considerando-a como algo que pode ser ensinado às pessoas com transtornos psiquiátricos, apresenta o risco de manter essas pessoas na condição de eternos psiquiatrizados. Esses autores retomam o entendimento de Deleuze (1992), apresentado no texto "*Post-scriptum* sobre as sociedades de controle", para argumentar que, sem a devida reflexão, o novo modelo psiquiátrico brasileiro pode apenas cambiar velhas formas de controle social por novas. Convidando a pensar sobre o tema. (PINTO, FERREIRA, 2010, *apud* BARROS, SILVA, 2011, p. 11).

Ao refletir sobre a reforma e a forma que tem sido vivenciado o novo modelo psiquiátrico no Brasil, podemos questionar até que ponto o doente mental voltou a ser inserido na sociedade? Estando o doente mental preparado para ser inserido na sociedade, será que a sociedade está preparada para recebê-lo? E os profissionais da saúde, até que ponto se encontram preparados para as novas práticas? Como são acolhidos pelos familiares os que possuem transtorno mental?

A 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizadas em 1987 e 1992, respectivamente, junto com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990 (BRASIL, 1998), possibilitaram a construção e a experimentação de novas modalidades assistenciais em saúde mental. O governo começou a propor alternativas de tratamento com a publicação de diversas portarias ministeriais (Portarias nº 189/1991 e 224/1992, por exemplo) para reorganização da assistência e regulamentação do financiamento de serviços de natureza extra-hospital, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Lares Abrigados⁸.

No documento publicado em 2004 com o título de "Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial" serão expostos desde a estrutura física de um CAPS assim como seus objetivos, público alvo, profissionais envolvidos, tipo de atendimentos realizados, relação

⁸ São resistências terapêuticas localizadas fora do hospital psiquiátrico.

com usuários e familiares e outras informações que norteiam e proporcionam um maior e amplo entendimento do serviço. A partir desse documento entendemos que os CAPS são, portanto, dispositivos que devem estar vinculados à rede de serviços de saúde e precisam sempre de outras redes sociais, de outros intersetores, para auxiliar na inclusão daqueles que excluídos da sociedade por transtornos mentais. (BRASIL, 2004).

A mudança da política pública para o atendimento psiquiátrico não representou a concretização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil nem em termos legislativos e ainda menos para a adaptação dos envolvidos no cotidiano do tratamento psiquiátrico. Pinto e Ferreira (2010) destacam que, após a promulgação da Lei 10.216, outras oito leis estaduais e diversas portarias e programas foram criados para regulamentação do atendimento psiquiátrico comunitário. Merecem destaque o programa "De volta para casa" (BRASIL, 2003) e a portaria 336/GM, que atribui aos CAPS o papel central na psiquiatria comunitária brasileira (DELGADO et al., 2007, APUD, BARROS, SILVA, 2011, p. 12).

O objetivo principal do CAPS é o atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários. A reinserção é proposta através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Neste sentido visam:

Oferecer atendimentos em regime de atenção diária; coordenar os projetos terapêuticos; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais, como: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, criando estratégias em conjunto para o enfrentamento dos problemas; ser responsável por organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; oferecer apoio e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Segundo a portaria nº 336/02 do dia 19 de fevereiro de 2002 os CAPS⁹ são divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad : CAPS I com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes; CAPS III com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 e com atenção contínua durante 24 hrs; CAPS i Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes e CAPS ad Serviço de atenção

⁹ Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (Brasil, 2004, p. 9).

psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. (MS. PORT. N° 336/02).

Os CAPS – assim como os NAPS (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 n° 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 (BRASIL, 2004, p. 12).

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a portaria 3088 (BRASIL, 2011), artigo 7, parágrafo 4, orienta que os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte da atenção psicossocial especializada e estão organizados nas seguintes modalidades:

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

CAPS II AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2004).

Em relação aos cuidados aos usuários do CAPS, cada um deve ter um projeto terapêutico singular (PTS) que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades para os usuários durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. No projeto terapêutico singular

dos usuários constará também a conduta a qual atendimento ele irá participar segundo o que o próprio CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02, como:

Atendimento Intensivo: refere-se ao atendimento diário, ofertado 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;

Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês, é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do usuário diminuíram, com significativa melhora de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;

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. (BRASIL, 2004).

Ainda, nesse documento, fica esclarecido que algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias. Quando uma pessoa for 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. (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial são os principais serviços de atenção em saúde mental, surgindo como uma alternativa, ao tratamento hegemonicamente centrado nas internações psiquiátricas. O CAPS deve estar localizado nos espaços da cidade e próximo às comunidades em que os usuários vivem, para facilitar a sua integração com sua rede social e comunitária, evitando o modelo anterior do isolamento social como estratégia de tratamento (FARIA; SCHNEIDER, 2009). O serviço tem um papel muito importante funciona como uma estratégia da rede de cuidado com o usuário em saúde mental (BALLARIN; MIRANDA; FUENTES, 2010). Esta rede deve ser estruturada de maneira integral, Inter setorial e

descentralizada, para melhor oferecer um serviço ao usuário garantindo o acesso universal público de qualidade e humanizado (SCANDOLARA et al., 2009)

Dentre os serviços que são ofertados estão o acolhimento, as oficinas terapêuticas desenvolvidas através de atividades como trabalhos manuais, atividades físicas, coral, oficinas informativas, palestras, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, autocuidado, artes, momentos de lazer, alfabetização, jogos e recreação, grupos de família, ainda, relaxamento e música sob a perspectiva de minimizar os danos provocados pelo abuso das drogas (BRASIL, 2010).

Os CAPS são os instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil, temos também outras políticas públicas que estão sendo implantados, como a capacitação da rede através de cursos a distância (BRASIL, 2011). O planejamento de políticas públicas para álcool e outras drogas é exercido no princípio da equidade. Dessa forma, começa-se a ser considerado na reabilitação o contexto social em que o indivíduo está inserido para a compreensão da vulnerabilidade social (SOUZA, 2010).

Percebemos que, nos últimos anos, a Política Nacional de Saúde Mental, realizou algumas mudanças no que se diz respeito ao cuidado em saúde mental criando alguns dispositivos como: emergências psiquiátricas, leitos em serviços hospitalares para referência de álcool e outras drogas, hospitais gerais e CAPS 24 horas, onde os mesmo tem que ofertar aos usuários um acolhimento integral quando este usuário estiver em crise tendo também como função a articulação com outros serviços especializados para que possa consolidar as internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007, p. 42). O acolhimento, em hospitais gerais, seria mesmo para consolidar a Reforma Psiquiátrica ou um retorno ao enclausuramento? Será que os familiares não conseguem cuidar dos seus doentes?

O que se sabe é que o processo de reforma psiquiátrica prossegue. “Visualizando em números, a quantidade de leitos psiquiátricos passou de 86 mil em 1991 para 35.426 em 2009. Em 2010, vinte e três anos após a implantação do primeiro CAPS, o país registrou 1.541 CAPS espalhados pelo território nacional” (BRASIL, 2010).

Entretanto, a promulgação de leis e portarias não garante a efetivação de seu conteúdo. Por outro lado, nem todos os serviços propostos foram colocados em prática. Os recursos financeiros investidos nos serviços são insuficientes, as coberturas dos serviços psiquiátricos comunitários são inadequadas, faltam profissionais qualificados para o trabalho e não há o preparo adequado das famílias e comunidades para o convívio com as pessoas deficientes mentais. Nesse mesmo sentido, podemos questionar:

A relação entre as pessoas com transtornos psiquiátricos e os profissionais de saúde, pois a psiquiatria comunitária prevê que as pessoas com transtornos psiquiátricos e suas famílias participem das decisões sobre o tratamento. Mas essa participação, que garantiria uma igualdade de poder entre os personagens envolvidos com a saúde mental, não é compatível com a ideia de que é possível reabilitar a outra pessoa – e que não apenas o próprio sujeito poderia reabilitar-se, nem como aceitar o papel de tutela exercido por muitos técnicos em saúde mental, mesmo na psiquiatria comunitária. (VENTURUNE, 2003, *apud* BARROS, SILVA, 2011, p.14).

O CAPS-ad se insere como serviço especializado que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas. Tal modelo se constitui em serviço gratuito, que atende usuários jovens, adultos e idosos, de ambos os sexos, com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). Analisando que as propostas de tratamento estão listadas a abstinência ou até mesmo a redução do consumo para que o usuário seja reinserido no meio social de forma que as drogas não possam intervir em sua vida, ou seja, a atenção psicossocial é a promoção da inclusão social dos indivíduos. A integração social é um processo que deve ser promovido a todo tempo dentro dos serviços comprometidos com a reforma psiquiátrica, contribuindo em todas as suas ações para o fortalecimento da cidadania do indivíduo, sendo o foco central da reabilitação psicossocial (GUEDES, 2010, p. 5).

O uso de álcool e outras drogas estão presentes em toda a história da humanidade, tem se agravado cada vez mais nos últimos anos e se tornando uma preocupação mundial, constituindo-se atualmente como um grave problema de saúde pública (ABREU et al., 2006). Dessa maneira podemos seguir a linha de pensamento de Barros (2008) quando ele diz que a relação do homem com as drogas vem se modificando a cada dia, e com o passar dos tempos os rituais da antiguidade passaram a ser usados com a finalidade do consumo abusivo pela busca do prazer e de alívio imediato do desconforto físico, psíquico ou de pressão social. A droga vem se apresentando em todas as classes sociais, ameaçando os valores econômicos e sociais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o uso de drogas, como uma doença crônica e recorrente, que acarreta sérias consequências para as pessoas e para a sociedade (ABREU et al, 2006). As substâncias psicoativas não afetam apenas aos usuários, mas seus prejuízos alcançam as relações familiares, profissionais e o seu papel social. A dependência de drogas está relacionada a perdas afetivas e materiais podendo ainda gerar problemas físicos, psíquicos e sociais (BRANCO, et al., 2012). Quando se instala um quadro de dependência verifica-se que o indivíduo não tem mais autonomia de si próprio, não consegue parar ou diminuir o uso e o consumo das drogas se torna tão importante que com o passar do

tempo o aspecto prazeroso, as atividades do seu cotidiano acabam deixando de existir (SENAD, 2011).

Percebemos que, com aumento do número de usuários de drogas, dá-se a necessidade de expansão das políticas públicas no que diz respeito ao tratamento, pois se percebe o crescimento no número de pessoas a procura de serviços especializados.

Conforme dados do Relatório Mundial sobre Drogas da ONU (2012), essas substâncias vêm atingindo cerca de 27 milhões de pessoas, o que representa 0,6% da população mundial. De acordo com estes números observa-se o crescimento da população usuária de drogas, tornando-se preocupante a situação principalmente pela escassez de políticas públicas para solucionar o problema (MACHADO; GUEDES, 2010; UNODC, 2012).

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, revelou que no Brasil temos cerca de 370 mil usuários de drogas (ilícitas) com maior incidência identificada nas capitais. Outro dado a destacar é que, a região com maior incidência de consumo é o Nordeste, com cerca de 150 mil usuários (BRANCO et al., 2012), analisando estes resultados percebemos que os indivíduos que faz uso de maneira extravagante de drogas sofrem um aumento na sua vulnerabilidade social, mudando seu estilo de vida e suas relações familiares devido ao uso excessivo dessas substâncias ilícitas. Nesse contexto, essas pessoas acabam perdendo o apoio da família e entram numa vulnerabilidade social.

Dentre as diretrizes da política atual destaca-se a promoção e a garantia na articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde¹⁰, Ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011).

2.2. O CAPS – AD III NISE DA SILVEIRA

¹⁰ As **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de **Saúde (SUS)**. O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de **saúde** da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. (Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>. Acesso em 15 de 10 de 2017).

O presente trabalho foi realizado no município de Sapé, localizada no interior da Paraíba. No campo da saúde mental, a cidade de Sapé, apresenta: o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad III, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi, os Serviços de Residência Terapêutica e Unidade de Acolhimento.

O local escolhido para desenvolver a pesquisa é o CAPS ad III. Para melhor caracterização do ambiente, e organização do local onde a pesquisa se realiza, foi feita uma entrevista semiestruturada com a Gerente desse serviço, com a intenção de enriquecer a descrição do espaço e do funcionamento atual do CAPS. A escolha dessa unidade ocorreu devido a uma experiência como funcionário dessa instituição.

Esta pesquisa foi efetivada no CAPS-AD III Nise da Silveira¹¹, localizado na Rua Juscelino Kubistchek Nº670, Conjunto José Feliciano, no município de Sapé- PB. Esta instituição foi fundada em agosto de 2011, pela necessidade de um serviço especializado para os usuários de álcool e outras drogas no município. O CAPS-ad III de sapé atende ainda a usuários de municípios circunvizinhos como, exemplo, Sobrado, Riachão do Poço, Mari e Caldas Brandão.

Figura 01: CAPS-AD III Nise da Silveira



Fonte: Arquivo pessoal, Sapé, 20/10/2017.

¹¹ Nise da Silveira (15.02.1905 – 30.10.1999) foi singular na psiquiatria brasileira. Pequena e frágil, era uma gigante em força e coragem com que defendeu e lutou por suas ideias no âmbito da psiquiatria institucional. Ela foi pioneira na terapia ocupacional, introduzindo este método no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro (Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>. Acesso em 18 do 10 de 2017).

A imagem 01 mostra o local onde funciona o CAPAS-AD III Nise da Silveira na cidade de Sapé. Atualmente o serviço está organizado fisicamente em um piso superior, piso inferior e área externa. O piso superior apresenta: duas salas de grupos (local onde ocorrem as atividades de grupo e as oficinas), um refeitório, uma cozinha e dois banheiros. No piso inferior há três salas de atendimentos, uma sala dos técnicos (onde os profissionais se reúnem), uma sala de administração, uma sala de medicação e alto custo, e as estruturas de enfermagem, sendo elas dois leitos psiquiátricos. Na área externa existe um jardim que é hoje utilizado para desenvolver a oficina de jardinagem.

O CAPS ad III atende a população com faixa etária a partir dos 18 anos e, atualmente, possui em média 250 prontuários ativos e 200 prontuários em arquivo morto que podem ser reativados quando o usuário voltar a frequentar o serviço. Esse número é alarmante, visto que, a demanda representa e acaba por configurar o serviço em algo que se aproxima de um ambulatório e não um serviço como está proposto pelas políticas públicas, no caso do CAPS.

A demanda do CAPS ad é espontânea, indicando que os usuários podem procurar o serviço sem encaminhamento de outros serviços, porém, em algumas vezes os usuários chegam ao local encaminhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Após chegarem ao serviço os usuários passam por acolhimento, avaliação e consulta com o médico. Caso seja considerada necessária sua participação no CAPS o usuário é encaminhado para os grupos terapêuticos e oficinas, sendo desnecessária a sua permanência, é preciso que orientar a procurar a UBS ou o Ambulatório de Saúde Mental.

O CAPS do município hoje conta com um total de vinte oito profissionais, sendo eles: uma psicóloga, uma assistente social, oito enfermeiras, um médico psiquiatra, uma médica clínica geral especialista em psiquiatria, totalizando doze profissionais de nível superior que compõem a equipe técnica. A equipe de apoio é formada por oito auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de limpeza, dois auxiliares administrativos e quatro vigias. Segundo informações obtidas durante a entrevista, a equipe técnica se reúne semanalmente para discutir os casos e planejar o Projeto Terapêutico Singular, a equipe de apoio não participa dessas reuniões semanais, mas está sempre auxiliando a equipe técnica em relação a atenção às crises e aos surtos dos usuários. Essa composição do CAPS consegue atender a demanda do município e, ainda atende, também, as cidades circunvizinhas.

O CAPS ad preconiza atendimento em grupo, apresentando algumas modalidades de cuidado como: intensivo, semi-intensivo, não intensivo. A participação nesses tipos de cuidado é de acordo com a gravidade do quadro do sofrimento do usuário; há também as oficinas (no momento dessa pesquisa as oficinas atuantes são artesanato grupos terapêuticos,

oficina de beleza), que são estruturadas e conduzidas pela a equipe técnica. É importante ressaltar que as oficinas podem ser temporárias, elas funcionam conforme a demanda dos profissionais e dos usuários, além disso, há também o acolhimento individual e em alguns casos, quando há necessidade, é realizado atendimento individual.

Figura 02: Artesanato produzido pelos usuários do CAPS-AD III Nise da Silveira



Fonte: Arquivo pessoal, Sapé, 22/10/2017

Os trabalhos desenvolvidos pelos os usuários do CAPS AD III Nise da Silveira também são expostos para a sociedade. No cartaz traz uma campanha pela luta antimanicomial destacando que prender não é tratar e um convite para exposição de trabalho dos usuários, palestras, depoimentos, etc. Vejamos o cartaz na figura abaixo.

Figura 03: CAPS III Cartaz Portas abertas



Fonte: Arquivo pessoal, Sapé, 15/08/2017

O acolhimento é, essencialmente, realizado pela equipe técnica, aludido anteriormente, a equipe de apoio tem como principal função auxiliar na atenção às crises e surtos. No serviço também há programas destinados à família, como: orientação familiar individual sob a responsabilidade da assistente social, trabalhos em sala de espera, e quando há necessidade atendimento familiar individual.

O serviço atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviço de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. O CAPS AD 24 horas oferece atendimento à população, realizam o acompanhamento e a reinserção social do usuário pelo acesso ao trabalho, lazer exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Atendendo os usuários em momentos de crise, oferecendo acolhimento noturno por um período curto de dias. Apoiando assim o usuário e suas famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento.

Os CAPS ad passam então a ser implantados, sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. Outros componentes importantes desta rede passam a ter sua implementação incentivada nos estados e municípios através do Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e/ou outras Drogas. São implantadas assim várias experiências exitosas de manejo dos problemas de álcool e outras drogas na atenção básica; é incentivada a articulação com as redes de suporte social (tais como grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas); do mesmo modo, passa a ser fomentada a implementação nos Hospitais Gerais, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2007, P, 40).

Percebemos, dessa maneira, que esse projeto muitas vezes, ultrapassa a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possam garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa no seu cotidiano, o CAPS dispõe de uma equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogo, assistente social, educadores sociais, técnicos de enfermagem, enfermeiros, educador físico, cuidadores e nutricionista. Oferecendo atendimento diário a os usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Figura 04: Profissionais e usuários do CAPS AD III Nise da Silveira na luta antimanicomial



Fonte: Arquivo pessoal, Sapé, 15/08/2017

2.2.1. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa são profissionais atuantes na área da saúde mental vinculados ao CAPS, que apresentam curso superior e cargo de técnicos como: Coordenador da Unidade, Psicólogo, Enfermeiro, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Médico, entre outros que compuserem o quadro de funcionários do CAPS escolhido, atuam no mínimo há um ano no serviço da rede (CAPS). Desejamos ter conhecimento, também, se tais membros já atuaram em outros serviços de Saúde Mental e, com a resposta seja positiva, em quais serviços atuaram.

É importante salientar que o convite foi feito a todos os trabalhadores da equipe que estavam dentro dos critérios de inclusão definidos, mas realizamos as entrevistas apenas com aqueles que aceitaram participar da pesquisa. Foram convidados dez funcionários porém apenas seis aceitaram a responder o questionário e o outros quatro se recusam

Após os profissionais aceitarem o convite iniciamos as entrevistas, que foram individuais e semiestruturadas, cujo roteiro abrangeu temáticas que envolviam questões sobre a trajetória profissional dos participantes, as atividades cotidianas no serviço e conteúdos sobre reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, com a intenção de conhecer como os profissionais percebiam e realizavam suas práticas e quais desafios estavam colocados para eles.

2.3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO CAPS – AD III NISE DA SILVEIRA

Neste tópico apresentaremos os resultados e discussão das entrevistas realizadas com seis trabalhadores. Dos, três trabalhadores, que estão atuando no serviço desde a sua implantação e os outros três, estão a mais de dois anos CAPS, a maioria possuem curso superior completo de diferentes graduações e formações complementares após a graduação relacionadas com Saúde Mental e/ou Saúde Pública. Foi adotada para todos os participantes a sigla E (Entrevistados) e numerada em sequência de E1 a E6, para garantir o sigilo de identidade dos trabalhadores. Por questões éticas, para não identificar os trabalhadores, optamos por preservar outras informações.

Sobre a Reforma Psiquiátrica os avanços e retrocessos, todos os trabalhadores se colocam como apoiadores da Reforma exaltam os avanços trazendo em suas falas a ideia de um cuidado territorial, que garante os Direitos Humanos, que considera o sujeito e não a doença, que inserem a família no cuidado e que amplia as possibilidades de reinserção do usuário na comunidade. Para E1, “a principal luta deste movimento social era a desinstitucionalização dos pacientes manicomial e por um tratamento que fosse mais humanizado recuperando os laços do paciente com a família e a sociedade”. (E1, Sapé, 02/10/2017).

A construção histórica de um movimento de reforma psiquiátrica que se destina à manutenção da pessoa com transtornos mentais no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, na medida em que se procura limitar tanto quanto possível seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico, vem trazendo transformações na relação dos profissionais da saúde mental com a demanda, e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática. (Dalla Vecchia e Martins, 2009, p.158)

Na visão do entrevistado E2 “a reforma veio para melhorar o tratamento pois o trabalho agora é feito com mais humanização e conscientização de assistência ao usuário” (Sapé, 02/10/2017), E3 acrescenta que “após a reforma, mudou o cuidado, tratamento ao portador de transtorno mental e dependente químico” (Sapé, 02/10/2017).

E4 relata o quanto o trabalho do CAPS, serviço que surgiu com a Lei da Reforma Psiquiátrica, é um dos avanços desse movimento, o trabalho em outra lógica, diferenciado: “[...] A criação dos CAPS são uns dos avanços muito grande, temos um trabalho diferente de quando começamos com a saúde mental já com o objetivo de trabalhar as questões de internações, questões sociais, então acho que ajudou muito” (E4, Sapé, 02/10/2017).

E5 também faz essa relação com a Reforma Psiquiátrica e a aproximação com a família e a quebra de paradigmas da própria sociedade em relação à loucura.

[...] então a Reforma realmente funcionou bastante, a sociedade acaba enxergando um pouco as pessoas, começam reconhecer o psiquiatra, o psicólogo, que tem essa coisa de doido, que doido pra eles eu não sei qual que é o sentido né, porque não rasga dinheiro, não come coco, mas pra eles... é o que a gente fala se olha três vezes pro lado e ele já foi internado é porque ele tá doido, você pode olhar, ele não pode, ele está sendo esquisito, então eu acho que essa abertura trouxe a família mais perto, trouxe ele mais perto, então... foi bom assim (E5, Sapé, 02/10/2017).

E6 fala do cuidado mais humanizado e da aproximação que a Reforma Psiquiátrica proporcionou aos usuários e familiares:

Eu acho que ela trouxe avanço sim, porque nos hospitais tinha um monte de paciente jogado que você não sabia o que tinha, se tinha família se não tinha. Com a reforma eles foram atrás né, quando teve essa reforma eles foram atrás das famílias. Tem as residências terapêuticas pros pacientes que não tinham família e que não davam pra ficar internado também, a maioria que estava internado não tinha pra onde ir, então a residência tem esse sentido de inserir na sociedade, e está dando certo e esta sendo algo bom. (E6, Sapé, 02/10/2017).

Podemos assim, afirmar que para os trabalhadores a reforma psiquiátrica está relacionada com a atuação destes no CAPS há essa relação de associar a prática cotidiana com a Reforma, reafirmando os avanços desse movimento em relação aos cuidados aos usuários e familiares.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo identificar os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica, assim como os desafios contemporâneos que envolvem os progressos e/ou a reprodução da lógica manicomial nas práticas profissionais dos trabalhadores de um CAPS-AD, Para isto foi importante através de entrevistas com os trabalhadores investigar quais são as práticas assistenciais realizadas por eles no cotidiano do serviço envolvendo a relação com os usuários, equipe e familiares; dessa maneira podemos analisar os serviços disponibilizados no CAPS.

A partir de tudo que foi exposto, podemos concluir que, a reforma psiquiátrica brasileira está ainda em processo de construção, envolvendo uma série de atores e interesses que segue combatendo o asilamento e exclusão institucional e defendendo ações efetivas em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPS, nas Unidades Residenciais Transitórias, nos Serviços Residenciais Terapêuticos entre outros serviços.

Não falar de saúde mental é violar o direito do sujeito com sofrimento psíquico, todo o processo de reforma conquistou o direito do indivíduo de serem tratados como sujeito que precisa de cuidados, mas que também precisa do olhar sem preconceito, tratamento digno e com respeito.

Refletimos sobre a implantação completa da Rede de Saúde e a valorização dos trabalhadores do CAPS e entendemos que muitas vezes essas ações vão para além da articulação dos trabalhadores e envolvem outras instancias como: gestão municipal, estadual e federal. Observamos a presença do modelo de atenção psicossocial no cotidiano do serviço ao ouvir os trabalhadores sobre suas práticas grupais, ficando claro o trabalho de reinserção social valorizando o fortalecimento dos laços familiares/sociais, o lazer e a tentativa da reinserção no trabalho.

Desse modo, conclui-se que, o sujeito enquanto doente, precisa dar continuidade à sua vida, mesma que não consiga se inserir no meio social por imediato, oferecendo possibilidades de o indivíduo passar por este processo com menos sofrimento, e condicionando-o novamente ao meio social, proporcionando-lhe bem-estar e qualidade de vida.

“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra. O que cura é a alegria, a cura é a falta de preconceito”.
(Nice da Silveira).

ABSTRACT

In this article we discuss the importance of psychiatric reform in Brazil, with emphasis on the municipality of Sapé. The psychiatric reform in Brazil gained strength in the 1980s, creating shadows in the history of psychiatry, where hospice and psychiatry, which until then were responsible for the treatment of madness, are now challenged by other areas of knowledge such as psychoanalysis and psychology, during the period that the reform gains force, Brazil undergoes great transformations in the political scene, with the end of dictatorship and the return of democracy, the movements of that time fought for a less unequal country, with a policy that used discursive strategies with proposal to combat current practices, it is in this context that the first CAPS-Center for Psychosocial Care was inaugurated, which sought to rebuild a relationship between patients and their families, with a more humanized treatment, to gain broad support for anti-asylum struggle. Therefore, we understand that psychiatric reform aims to question and propose new strategies for the transformation of the classic model and paradigm of psychiatry. The study was carried out in a CAPS-ad III in the city of Sapé, in which six workers who worked for more than one year in this service participated. The procedure used involved the use of photographs and semi-structured interviews. From the interviews we can see what the professionals working in the CAPS think about psychiatric reform and how the activities and activities proposed by the institution as a substitute mental health service are. Seeking to identify the advances, challenges, difficulties and changes that involve the practice of professionals and reflect on the problems and challenges that are faced.

Keywords: Reform Psychiatrist; CAPS; Antimanicomial fight.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Cristiano. Nabuco. et al. **Síndromes psiquiátricas: Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental**. Porto alegre: Artmed, 2006.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.
- AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Brasil. Saúde Mental**, Rio de Janeiro: Vol. 1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).
- BARROS, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. “Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia”. **Rev. SPAGESP**, vol. 12. N 1, Ribeirão Preto: jan. 2011.
- BARROS, D. R. et al. **O Despertar do Toxicômano: uma experiência em grupo**. In D. R. Barros, et al (Orgs), *Toxicomanias: Prevenção e Intervenção* (pp.153-163). João Pessoa: Editora Universitária-UFPB, 2008.
- BALLARIN, Maria. Luísa. et al. Centro de Atenção Psicossocial: panorama das Publicações de 1997 a 2008. **Psicologia, ciência e profissão**, Rio de Janeiro: v. 30, n. 4, p.726-737, 2010.
- BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca. O. **O homem no pelourinho**. São Paulo: Instituto de Psiquiatria Social, 1979.
- BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1982.
- BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca (Org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. Prefácio. In: AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BIRMAN, Joel. COSTA, Jurandir. Freire. “Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária”. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BRANCO, Fernanda Matos Fernandes Castelo.et al. **Compulsão criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários**. São Paulo: Enfermagem em foco, 2012.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso 21 de agosto de 2017.

FARIA, Jeovane; SCHMEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSAD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & sociedade**, Florianópolis, v.21, n.3, p.324-333, 2009.

FOUCAULT, Michel, **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GRADELLA JUNIOR, O. “Políticas públicas, instituições e saúde”. IN: MARTINS, Ligia Marcia. (Org.). **Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio histórica**. São Paulo: Cultura Acadêmica: 2008.

GUEDES, Ariane Cruz. Et al, **A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):547-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>.

MACHADO, Natália, Gomes. et al, Uso de drogas e a suade sexual de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18,n.2,p, 284-9, 2010.

SILVEIRA, Lia Carneiro, BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de Loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4):591-5. USP.

SILVA, Giselli Luci Souza. **A doença mental e a Reforma psiquiátrica representada por profissionais da saúde**. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. João Pessoa: (Dissertação de Mestrado), 2014.

SOUZA, Jacqueline. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes não dependentes de substancias psicoativas**. Ribeirão Preto: editora da Universidade de São Paulo, 2010.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 9(1), 25-59. 2002.

OUTRAS FONTES:

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 30 de outubro de 2017

BRASIL. **Lei 10.216 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

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

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/ GM Nº 336**. Brasília- DF. 19 de fevereiro de 2002.

PHILIPPE, Pinel: Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/caism-philippe-pinel/institucional/quem-foi-philippe-pinel>. Acesso em: 29/10/2017

SAÚDE: Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208Icnsmr.pdf> Acesso em: 18/11/2017.

SCANDOLARA, A. S, ET AL, **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel** pr.psicol.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3.pdf> Acesso 22 de agosto de 2017.