



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SÉRGIO CORDEIRO DE SOUSA

**O PROJETO TERAPÊUTICO: Uma análise a partir das concepções
dos profissionais do CAPS III – Reviver – Campina Grande/PB**

Campina Grande-PB

2011

SÉRGIO CORDEIRO DE SOUSA

**O PROJETO TERAPÊUTICO: Uma análise
a partir das concepções dos profissionais
do CAPS III – Reviver – Campina
Grande/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Orientadora: **Prof^a.Ms.Tereza Cristina.**

CAMPINA GRANDE-PB
MARÇO/2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

S725p

Souza, Sérgio Cordeiro de.

O projeto terapêutico [manuscrito]: uma análise a partir das concepções dos profissionais do CAPS III - Reviver - Campina Grande/PB / Sérgio Cordeiro de Sousa. – 2011.

33 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Tereza Cristina Ribeiro Costa, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde Mental. 2. Projeto Terapêutico. 3. CAPS III – Reviver. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

PARECER FINAL

A Banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-la SATISFATÓRIA, atribuindo ao aluno (a) NOTA 10,0.

Aluno (a): SÉRGIO CORDEIRO DE SOUSA

Artigo: O PROJETO TERAPÊUTICO: Uma análise a partir das concepções dos profissionais do CAPS III – Reviver – Campina Grande/PB

Data da defesa: 28 / 11 / 2011.

Campina Grande-PB, 28 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Tereza Cr R da Costa

Profª. Ms. Tereza Cristina R. da Costa
Orientadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Profª. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Examinadora

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Examinadora

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo o amor e dedicação para comigo, por terem sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou.

A meus amigos pelo carinho e apoio dispensados em todos os momentos que precisei.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e iluminando meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida;

A minha mãe Maria Idalina, por ser tão dedicada, pessoa que mais me apóia e acredita na minha capacidade.

Ao meu pai Ataíde (*in memoriam*), por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, homem pelo qual sempre tive o maior orgulho uma pessoa que mostrou muitas vezes que um gesto marca mais que muitas palavras.

Aos amigos que fiz durante o curso, pela verdadeira amizade que construímos em particular aqueles que estavam sempre ao meu lado (Hélia, Carlos, Ana Aluska, Geórgia, Mauricélia, Kássia e Amanda) por todos os momentos que passamos durante os anos de curso meu especial agradecimento. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa;

A minha orientadora, professora Tereza Cristina R. Costa, pelo ensinamento, dedicação e paciência dispensados no auxílio para concretização desse trabalho.

A todos os professores do curso de Serviço Social que de forma especial contribuíram para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional.

As crianças do Projeto De Olho no Futuro/PETI e aos adolescentes do Projovem Adolescente de Sumé/PB que todos os dias me motivam a continuar na busca por uma sociedade em que prevaleça a justiça social.

Por fim, gostaria de agradecer a meus amigos (Adelânia, Paulo, Paulinho, Ítalo, Daniel, Jefferson, Julierme, Fabiana, Karina, Yonara, Salete, Djavam e Eltton,

que construiu o poema que acompanha este trabalho) a todos meu eterno
AGRADECIMENTO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	SAÚDE MENTAL: UM ESBOÇO HISTÓRICO.....	9
3	OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	14
4	REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE/PB.....	18
5	CAPS III – REVIVER CAMPINA GRANDE/PB.....	21
6	A PESQUISA.....	23
	6.1 Considerações metodológicas.....	23
	6.2 Análise do Estudo.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31

RESUMO

O presente estudo objetivou realizar uma reflexão sobre a política de Saúde Mental, tendo como eixo norteador as concepções dos profissionais do CAPS III – REVIVER acerca do Projeto Terapêutico do serviço em Campina Grande/PB, a estratégia metodológica adotada foi um estudo bibliográfico e documental relativo a temática e a observação participante que também possibilitou uma melhor apreensão da realidade, realizamos ainda entrevistas semi-estruturadas, com as quais podemos identificar entre outras questões as motivações e experiências que levaram os profissionais a trabalharem na saúde mental, apreender qual o nível de conhecimento dos mesmos acerca do projeto terapêutico do serviço e assim apontar os desafios e possibilidades de sua aplicabilidade, com vistas a superação do estigma que as pessoas com sofrimento psíquico estão submetidas. Nessa perspectiva a pesquisa aponta para a necessidade de formação continuada para os profissionais, no sentido de apropriação dos reais objetivos do projeto terapêutico como diretriz ético-político. Outro aspecto observado é o fato de uma urgente articulação territorial dos serviços de saúde mental com a comunidade, onde esta e o estado assumam suas responsabilidades contribuindo para inserção social do usuário.

Palavras-chaves: Saúde mental, projeto terapêutico, território.

Abstract

This study aimed to perform a reflection on the politics of Mental Health, and are guided by the views of professionals in CAPS III - Therapeutic Project REVIVER about the service in Campina Grande / PB, the methodological strategy adopted was a bibliographic and documentary concerning subject matter and participant observation also provided a better understanding of reality, we conducted semi-structured interviews yet, with which we can identify among other questions the motivations and experiences that led professionals to work in mental health learn what level of knowledge of about the same service and treatment plan as well point out the challenges and possibilities of their application, in order to overcome the stigma that people with psychological distress are submitted. From this perspective, research points to the need for continuing education for professionals in the real sense of ownership of project objectives as a guideline therapeutic ethical and political. Another significant aspect is the fact that an urgent articulation of local mental health services to the community, where this state assume their responsibilities and contribute to social integration of the user.

Keywords: Mental health, treatment plan, territory.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar as concepções dos profissionais do CAPS III – Reviver Campina Grande/PB, acerca do Projeto Terapêutico deste serviço, é fruto da minha experiência de estágio no CAPS III – REVIVER no período de junho/2008 a julho/2009. Durante o percurso do estágio curricular no único CAPS 24 horas do município de Campina Grande, muitas inquietações emergiram, fazendo com que fizéssemos a opção pelo objeto de estudo.

O interesse em perceber como os profissionais do serviço compreendem o Projeto Terapêutico do Serviço surgiu com maior intensidade, quando soubemos que as atividades do CAPS são desenvolvidas a partir do que é traçado no mesmo. Assim, ele conduz o funcionamento, a direção e percebemos, algumas vezes, que ele era identificado/confundido com o Projeto Terapêutico do Singular do usuário.

Para identificar as motivações e experiências dos profissionais na área, apreender o conhecimento dos profissionais sobre o Projeto Terapêutico do Serviço, analisar os desafios e possibilidades que se apresentam no processo de aplicabilidade do mesmo, iniciamos tal estudo a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a temática. Os registros e observações do diário de campo contribuíram decisivamente para resgatar os dados/impressões da observação participante empreendida. Realizamos ainda entrevistas semi-estruturadas com seis profissionais buscando perceber como esses entendem o Projeto Terapêutico do Serviço.

Como resultado desse processo o presente trabalho inicialmente traz uma discussão sobre a história da loucura no Brasil no mundo, e de como no caso brasileiro a sociedade civil organizada se posiciona em favor da construção de uma outra relação institucional legal com a loucura. Depois passamos a discutir a Reforma Psiquiátrica brasileira e nela a criação dos serviços substitutivos e do marco legal, em especial a Lei 10.216/01 e a Portaria 336/02. Em seguida, trataremos acerca da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande e a rede de serviços criada com o fechamento do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (Hospital João Ribeiro), e dentre esses serviços o CAPS III –

Reviver, instituição na qual aconteceu a pesquisa que ora apresentamos os resultados.

Por fim apresentamos os resultados da pesquisa que buscou estabelecer uma relação entre as concepções dos profissionais do CAPS III – REVIVER e o Projeto Terapêutico do Serviço, instrumento este de fundamental importância no desenvolver das ações territoriais que nos remete a uma necessidade de ampliação dos conceitos de integração, inclusão social e cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

2 SAÚDE MENTAL: UM ESBOÇO HISTÓRICO

Pensar na loucura, seja na idade clássica, seja no período contemporâneo implica em nos debruçarmos nas construções e mudanças sócio-históricas que vem sendo operacionalizadas nesse campo. Rammiger (2002), aponta que no período clássico tínhamos a loucura como uma intervenção dos deuses, dentro do enfoque mitológico-religioso; como produto dos conflitos passionais do homem, o que trazia uma concepção psicológica da loucura e por fim a loucura como efeito de disfunções somáticas.

No período clássico o internamento baseia-se na prática de proteção e guarda daqueles que eram predestinados a loucura. Na idade média ocorre o afastamento dos loucos do convívio social. Como forma de isolá-los, familiares os colocavam em embarcações que ficaram conhecidas como 'Nau dos loucos', eximindo-se da responsabilidade de cuidar dessas pessoas. Aqui já se associa loucura a violência, tendo essas embarcações a função de mantê-los longe da sociedade garantindo aos cidadãos "normais" segurança.

Na paisagem imaginária da Renascença, a Nau dos Loucos ocupava um espaço fundamental. Ela transportava tipos sociais que embarcavam em uma grande viagem simbólica em busca de fortuna e da revelação dos seus destinos e de suas verdades. Esses barcos faziam parte do cotidiano dos loucos, que eram expulsos das cidades e transportados para territórios distantes (VIEIRA, 2007, p.3).

Com a ascensão do Iluminismo, que instaura o primado da razão, a influência religiosa deixa de ser o cerne da questão e a racionalidade científica passará a tratar a loucura buscando controlá-la e julgá-la.

A história revela que diversos acontecimentos contribuíram com o processo de redefinição do conceito de loucura e da forma de lidar com o louco na Europa, em particular durante a Revolução Francesa, que trouxe significativas transformações políticas e sociais para o mundo, o que não foi diferente no campo da loucura.

No século XVII o internamento vai apresentar características médicas e terapêuticas proporcionando a interação entre percepção, dedução e conhecimento das manifestações da loucura que seriam observadas no manicômio.

A coação humana ajuda a justiça divina ao esforçar-se por torná-la inútil. A repressão adquire assim uma dupla eficácia, na cura dos corpos e na purificação das almas. O internamento torna possível esses famosos remédios morais – castigos e terapêuticos – que serão a atividade principal nos primeiros asilos (FOUCAULT, 2002, p. 87).

Nessa perspectiva de combater a loucura, o modelo escolhido foi o hospício, instituição criada pela Psiquiatria francesa no século XVIII, por Pinel e Esquirol¹. Um espaço próprio em que o louco é retirado do meio onde vive e passa a ser tratado segundo os ditames da ciência, única maneira capaz não só de dominá-lo em um ambiente fechado, mas também de destruir seus efeitos, conter sua ameaça, integrá-lo a vida urbana por um processo de recuperação e reinserção nos círculos produtivos da sociedade.

Conforme ressalta Pinel o isolamento restituiria ao homem a liberdade que lhe foi tirada pela alienação. Tal fato se constitui em um extraordinário avanço da psiquiatria. Adotando métodos de observação e de análise, a psiquiatria surge como uma especialidade médica quando defende que a loucura é um desarranjo das

¹ Philippe é um Pinel médico francês considerado por muitos o pai da Psiquiatria. A obra de Pinel – estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em uma instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médica. Étienne Esquirol desenvolveu um trabalho de continuação da obra de Pinel, como um de seus mais talentosos discípulos, e marcou sua atuação pela utilização sistemática da observação que lhe permitiu grande aprofundamento do trabalho clínico (AMARANTE, 2003, p.26).

funções mentais, em particular as intelectuais, aprimorando as explicações organicistas.

Para Amarante (1995), a caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura, pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar.

A crença de que as doenças mentais estão associadas à violência é historicamente constante e culturalmente universal. Essa percepção pública tem conseqüências na prática social (estigma) contra indivíduos portadores de doenças mentais. A estigmatização do doente mental é o maior obstáculo para sua reintegração social. Portanto, antes de aceitá-la, devemos analisar criticamente, primeiro, se a associação existe de fato, e, em seguida, qual é a magnitude de seu efeito nos crimes de violência em geral (GATTAZ, 1999, p. 1).

Percebe-se a partir da afirmação acima que, as pessoas consideradas loucas eram equiparadas aos indivíduos classificados como: desordeiros, incômodos e perigosos, e que deveriam ser retirados do convívio social. Neste sentido, a loucura adquiria ares de moléstia social, e para livrar-se dos loucos os mesmos deveriam ser recolhidos às cadeias públicas.

Nos três primeiros séculos do descobrimento do Brasil, os loucos vagavam pelos campos e ruas, mas quando as cidades tornaram-se mais populosas, a partir do século XIX, a presença dos loucos foi se tornando indesejável. Para retirá-los do convívio dos “normais” a solução encontrada foi o seu encaminhamento para os porões das Santas Casas.

A ocorrência de maus tratos e as precárias condições de funcionamento daqueles espaços fizeram emergir apelos humanitários que forçaram as autoridades políticas a pensar na criação de instituições exclusivas para o acolhimento do louco.

Em 1852, na cidade do Rio de Janeiro foi criado o Hospício D. Pedro II, um marco para a psiquiatria no Brasil, pois o Estado admitia que a questão da loucura era de sua responsabilidade. Nesse instante tem-se a construção de um espaço para impor disciplina e moral, tirando os loucos do convívio social. O contexto brasileiro era o de organização de uma República repleta de ex-escravos que logo se tornariam um problema social.

A partir de 1920, o Brasil vivencia uma nova fase da história da psiquiatria em que se destaca a ampliação do espaço asilar e o avanço de técnicas. Nos anos de 1930, alguns mecanismos eram utilizados no cotidiano institucional na busca pela

eficiência no tratamento do usuário dos serviços psiquiátricos, sendo um período de descobertas de novas práticas terapêuticas como choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias, todavia em muitos momentos há denúncias de que essas práticas tenham sido utilizadas enquanto práticas repressivas ou de punição. Na década de 1950, fortalece-se o crescimento da psiquiatria pelo surgimento dos neurolépticos e outros adventos.

No final dos anos 1970 emerge o Movimento de Reforma Psiquiátrica que compreende um conjunto de transformações nas mais diversas áreas: jurídica, assistencial, política e clínica que ocorriam no cenário psiquiátrico brasileiro. A partir da construção de intencções que reunia usuários, técnicos, formuladores de políticas de saúde mental e familiares, foi traçada uma série de estratégias em torno da desmontagem da cultura manicomial no nosso país.

Este processo enfrentou a hegemonia do asilo como local privilegiado para o tratamento do adoecimento psíquico, procurando discutir alternativas mais interessantes para os loucos que não fossem a violência ou o aprisionamento, elementos presentes nestes locais no final da década de 1970. A partir das denúncias dos maus tratos que ocorriam nos asilos psiquiátricos públicos e privados, foi disparado o processo de reformulação do cenário psiquiátrico brasileiro. Não podemos nos esquecer de que também vivíamos em um contexto político com um regime militar, onde liberdades eram cerceadas. O movimento de denúncias de maus tratos era mais um entre tantos outros que se indignaram com o descaso e a precariedade em que se encontrava a situação social e política do nosso país (AMARANTE, 1995).

O movimento se caracterizou por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que tinham um objetivo: transformar. Transformar relações da sociedade com o doente, transformar as próprias práticas estabelecidas séculos antes do lidar com as pessoas que apresentam transtornos mentais (MACHADO, 2005: p.11).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, que envolve diferentes autores, instituições e forças de diferentes origens, que incidem em diversos campos, nas esferas governamentais, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas

com transtornos mentais, nos movimentos sociais, e no campo do imaginário social e da opinião pública.

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005; p. 06).

O que marca o surgimento do Movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) será a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que teve repercussão nacional e que ficou conhecida como um movimento de denúncias, reivindicações e críticas, explodindo no Rio de Janeiro, nos quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, por iniciativa de um grande número de profissionais que trabalhavam na prestação de assistência nessas unidades.

Em 1978 o MTSM sentiu a necessidade de organizar um encontro exclusivo do movimento. Em outubro desse mesmo ano, na cidade de São Paulo, foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Neste I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, foi discutido que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental deveria estar vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, através do fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas como os movimentos sociais (AMARANTE, 2003, p. 41).

Nos anos seguintes, em especial 1987, houve o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que teve como tema “Por uma sociedade sem manicômios”. É importante destacar que neste mesmo ano também foi realizado no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, contribuindo para o avanço das discussões em torno da reforma psiquiátrica.

Destarte, as discussões se deram em torno da crítica ao modelo hospitalocêntrico, cujas denúncias e reivindicações estabelecidas a partir de então desembocaram num processo de mudança de práticas e saberes no que tange aos procedimentos adotados na relação entre técnicos e usuários, favorecendo uma nova relação sociedade-loucura. O MTSM teve um papel importante na formulação teórica e na organização de novas práticas da saúde. O movimento fez denúncias e

acusações contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica que incluía torturas, corrupções e fraudes. A partir desse movimento as denúncias de violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, passaram a acentuar-se no âmbito nacional.

Diante das críticas ao hospital psiquiátrico, surgiram novas propostas para cuidar da loucura com base territorial, com abertura de alguns serviços substitutivos que considera o perfil clínico e social dos pacientes/usuários. Desde o final da década de 1980, o asilo não dominava mais o cenário inteiramente e assim, neste período, assistimos a uma redução gradual dos leitos e de hospitais psiquiátricos, ocorrendo um processo de redirecionamento de redefinição do tratar da saúde mental, feito pelo Ministério da Saúde, que incentivou a construção de unidades abertas no tratamento do adoecer psíquico como Núcleo Apoio Psicossocial (NAPS), hospitais-dia, hospitais-noite, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Diante dessa articulação da política de saúde, consideramos importante lançar alguns pontos para a reflexão, capazes de nos fornecer elementos para discutirmos as novas práticas no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3 OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Como reflexo das lutas desenvolvidas pelos movimentos sociais, sob a influência dos ideais da Reforma Psiquiátrica italiana², numa conjuntura em que se buscava a ampliação e efetivação de direitos sociais, a política de saúde mental no país passa a ter novos horizontes, obtendo prerrogativas legais mediante a aprovação pelo Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 3.657/91 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como: hospitais dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), porém o citado projeto só viria a ser aprovado em 2001, após quase 12 anos.

² O Movimento Italiano centra-se em uma mudança completa do paradigma do saber em saúde mental, e do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário, desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico, até as necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 1997; p. 135).

Em decorrência das lutas travadas na busca por melhores condições de atendimento/tratamento da loucura, as décadas de 1980 e 1990 marcaram o surgimento de novos serviços e experiências inovadoras, norteadas por uma ética de inclusão social e afirmação de direitos, para as pessoas com sofrimento psíquico. Os serviços substitutivos abriam um novo campo de construção de novos conhecimentos, práticas, cultura e formas de tratar a loucura, ou seja, instituições de caráter inteiramente substitutivo.

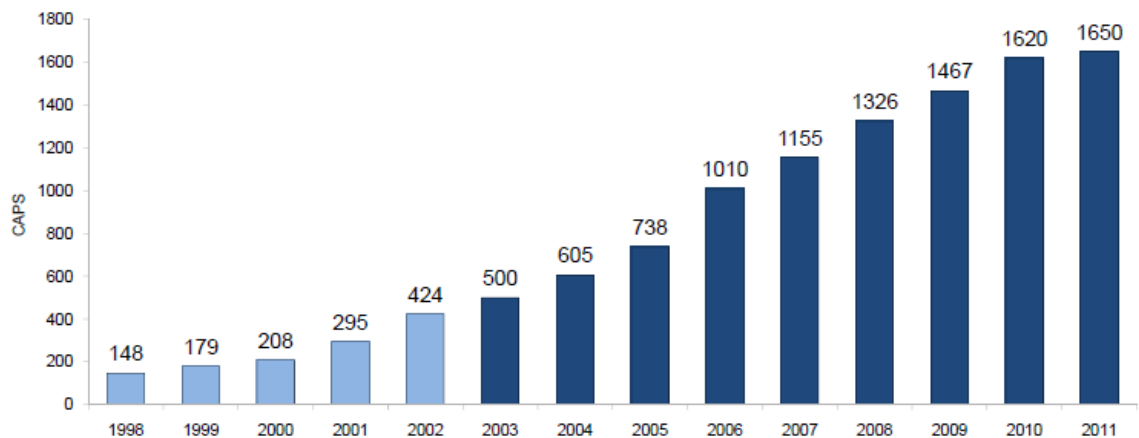
A construção de um novo modelo assistencial em saúde mental passa pela mudança no modo de pensar a pessoa com sofrimento psíquico a partir de sua existência-sofrimento, pela diversificação de espaços de atenção, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas de saúde mental, e pela construção de uma ética de autonomia e singularização que permita a inclusão das pessoas como sujeitos (DALMOLIN, 2000, p.56)

O que tornou imprescindível a organização dos serviços substitutivos a partir de três perspectivas tratadas por Anaya (2004, apud ROTTELLI, p. 85):

Responsabilidade em responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada.[...] mudam as formas de administrar os recursos para a saúde mental [...] multiplica-se e torna-se mais complexa a profissionalidade dos operadores.

Ao compreender e desenvolver estas perspectivas as instituições afirmarão que cada território tem suas potencialidades e que para atender com eficácia é necessário desenvolver uma dinâmica própria e individual que preserve o direito à assistência e potencialize as riquezas das vidas das pessoas. As verbas e recursos financeiros antes destinados para manutenção dos leitos dos hospitais agora são redirecionados para fornecer serviços diretos às pessoas, assim o profissional se torna fundamental haja vista aumenta suas competências profissionais e a autonomia de decisão no desenvolver do serviço e esse aumento pode ser comprovado conforme gráfico que apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos, onde observa-se que a cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002 quando existiam 424 CAPS, era de 21% e em julho de 2011 temos 1650 CAPS e 68% de cobertura.

Gráfico: Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a julho de 2011)



Brasil julho de 2011

Em 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação dos movimentos sociais, dos usuários e seus familiares, e que pactuaram de forma democrática os princípios e diretrizes para a mudança na atenção em saúde mental no Brasil, definindo como política de saúde mental e organização dos serviços, em seu item 14, às unidades tipo CAPS como referência local, micro-regional e regional para a assistência em saúde mental.

A Lei 10.216/01, da reforma psiquiátrica brasileira, determina como deve ser o relacionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, e que esses cidadãos devem ser tratados preferencialmente em serviços comunitários, com humanidade e respeito, com o objetivo principal de beneficiar a saúde visando sua inserção na família, no trabalho e na comunidade. Em seu artigo 3º garante que: é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Segundo a portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde, os CAPS são instituições que representariam mais esses serviços, tendo como prioridade o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e

persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo a mesma estabelece que:

Art. 1º - Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria (BRASIL, 2007, p.125)

Os CAPS foram criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos e tem por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O Ministério da Saúde estabeleceu três níveis para os Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem de porte, complexidade e abrangência populacional, ressaltando que as três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária e ter a capacidade de realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial. Dentro desses três níveis ainda vamos ter o CAPSi II e o CAPSad II. Os CAPS anteriormente mencionados apresentam as seguintes características:

- CAPS I: Serviços de Atenção Psicossocial com capacidade operacional de atender municípios com uma população entre 20.000 e menor que 70.000 habitantes.
- CAPS II: atende aos usuários advindos de municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.
- CAPS III: Serviço de Atenção Psicossocial que atende os municípios com população superior a 200.000 habitantes, com uma equipe multiprofissional de no mínimo 16 profissionais, para atendimento máximo de 40 usuários por turno, pois essa modalidade funciona 24h.
- CAPSi II : Centros de Atenção Psicossocial que atendem a crianças e adolescentes com transtornos mentais, constituindo-se na referência para uma população de 200.000 habitantes.

- CAPSad II: Serviço voltado para o atendimento de pacientes com transtorno decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

A ação territorializada e a formação de uma rede sócio-assistencial no atendimento as pessoas com sofrimento psíquicos, em suas mais variadas formas de manifestação é um atributo fundamental no avanço dos serviços substitutivos, pois o conhecimento territorial possibilita a identificação dos usuários do serviço o que facilita o recebimento dessa demanda, sendo possível redefinir as necessidades dos usuários e da comunidade.

A luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais provocou a definição de um conjunto de leis e regulamentações capazes de garantir as bases para a promoção da saúde e da cidadania dos portadores de tais transtornos.

Outrossim, o poder público tem a responsabilidade de implementar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, uma política de saúde mental da qual não se espera apenas o desenvolvimento de experiências e modelos a serem expandidos no futuro, mas que apresentem resultados de impactos, sempre respeitando a complexidade do sofrimento mental e das formas de se lidar com ele, faz-se necessário pensar em soluções que possam ser abrangentes e multiplicadas.

Dessa forma se faz necessário a implementação de políticas locais para as diferentes realidades da sociedade buscando uma relação intersetorial entre as diversas políticas sociais, ou seja, perceber que a exclusão social é um fenômeno multidimensional, portanto complexo. Nesse sentido é importante romper com a característica de gestão setorial, desarticulada, hierarquizada e centralizada que deixam prevalecer práticas que não geram a promoção humana.

O relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1994) aponta para uma questão importante que é o fato da municipalização, como destaque para a definição de território e responsabilidade, ou seja, reforça o caráter de rompimento com o modelo hospitalocêntrico.

4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE/PB

Como vimos anteriormente, diante das denúncias de maus tratos sofridos pelos internos nos hospitais psiquiátricos, se fez necessário e urgente uma reforma no tratar e cuidar da loucura. É neste contexto que acontece a reforma psiquiátrica no Brasil, que teria como princípios a inclusão, a solidariedade e a cidadania.

Com a repercussão desses fatos o Ministério da Saúde adota firmemente a política de saúde mental, que tem como diretrizes principais a redução de leitos de forma gradual e paralela expansão e consolidação da rede extra-hospitalar, que vem sendo implementada através dos diversos instrumentos de gestão como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde (PRH – SUS) o Programa de Volta para Casa (PVC).

O conjunto de ações do PNASH, como um instrumento no processo da Reforma Psiquiátrica foi fundamental na identificação de leitos inadequados garantindo uma melhoria na assistência aos usuários do SUS de 234 hospitais existentes no Brasil. O PNASH 2002/2004 vistoriou 168 unidades e das dez piores instituições avaliadas no país, colocadas em processo de intervenção Federal, através de Decreto Ministerial, consta o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (Hospital João Ribeiro) no Município de Campina Grande – Paraíba.

Antes da intervenção foi realizado um diagnóstico que demonstrava a situação em que se encontrava o referido hospital, tanto no aspecto institucional como administrativo financeiro, e só então foi apresentada uma proposta de intervenção.

Após intervenção que resultou no fechamento do Hospital João Ribeiro, Campina Grande/PB passa a ter um papel central no processo de reestruturação do sistema de atendimento às pessoas com sofrimentos psíquicos, através de um conjunto de ações que atendem à cidade, bem como aos Municípios do entorno. Afinal para onde iriam os usuários que deixariam os leitos do hospital que havia sido fechado?

Desse modo, as ações de atendimento em saúde mental incluíram não só o município de Campina Grande/PB, mas também a ampliação da rede de Saúde Mental nos municípios da macrorregião. Assim, alguns municípios circunvizinhos

passaram a responsabilizar-se por seus pacientes graves e a estruturar serviços próprios (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco realizaram o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica que discutiu a situação do Município e traçou um plano para expansão da rede extra-hospitalar.

Campina Grande/PB foi habilitada no Programa de Volta Para Casa (PVC), que o credenciava para recebimento de incentivos federais para implementação da rede de atendimento a saúde mental, sendo contemplada com o primeiro serviço substitutivo - o CAPS II – Novos Tempos. Este serviço está estruturado com ações de assistência, reabilitação psicossocial e de suporte especializado à rede de atenção básica e demais serviços de saúde mental; o CAPSad, que se insere como serviço especializado que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas; CAPSi, responsável pelo atender as crianças e adolescentes e o CAPS III – Reviver, para atendimento aos usuários com transtornos moderados, graves e severos, o Município de Campina Grande ao longo desses anos obteve avanços significativos no processo de reestruturação da assistência à saúde mental.

Para efeito deste estudo exploratório destacamos o CAPS III – Reviver, que fica localizado no bairro do Centenário, e tem como área de abrangência além do próprio bairro, Universitário, São José, Prata, Pedregal, Serrotão, Novo Bodocongó, Bodocongó, Bela Vista, São José da Mata, Cruzeiro, Liberdade, Quarenta, Jardim Paulistano, Presidente Médice, Santa Cruz, Acácio Figueiredo, Bairro das Cidades, Malvinas, Dinamérica, Santa Rosa, Ramadinha I, Catolé de Bela Vista e Três Irmãs, essas áreas formam os distritos sanitários³ II, V e VI do Município de Campina Grande/PB.

5 CAPS III – REVIVER CAMPINA GRANDE/PB

³A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. O processo, portanto, de construção/implantação de DS, como estratégia para implementação do SUS, deve ser visto como um processo social, tal qual é o SUS, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social. Os elementos substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário, segundo Mendes, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho (ALMEIDA, 1998, p. 21).

O CAPS III – Reviver funciona diariamente vinte e quatro horas por dia, atende nos sistemas intensivo, semi-intensivo e não intensivo⁴ aos usuários, o mesmo funciona de segunda-feira a sexta-feira das 08:00h às 17:00h, com acompanhamento aos usuários através de atividades grupais (oficinas, grupos de família, Assembléia de usuários) e atendimentos individuais (acolhimento, atendimentos psicoterápicos, atendimentos do Serviço Social, atendimentos de enfermagem), conforme normas do serviço. O CAPs III inclui também dentre suas atribuições o acolhimento noturno em feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação e está referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que faz o suporte de atenção médica.

As questões supracitadas se caracterizam como arranjos que estão relacionadas no Projeto Terapêutico do Serviço conforme exigência do Ministério da Saúde para que os municípios recebam incentivos financeiros para implantação de um CAPs.

Os usuários que procuram atendimento vêm espontaneamente ou acompanhado de um familiar. O acolhimento no serviço é feito por um profissional da equipe de trabalho – geralmente a assistente social, a psicóloga ou pedagoga - que utiliza a entrevista para abordagem com os usuários e familiares. Para sua admissão é necessário um familiar, o qual passa a ser o responsável para acompanhar e contribuir com o projeto terapêutico singular dos assistidos. Este projeto é construído de acordo com o quadro psicossocial dos usuários e o acompanhamento pode ser feito conforme as modalidades supracitadas, de acordo com o artigo 5º da portaria do Ministério da Saúde.

Nesse serviço, são atendidos “portadores de transtornos mentais severos”, todavia, diante da demanda de usuários, atende-se também outros tipos de sofrimento psíquico como depressão, ansiedade, pânico etc. Ao ser acolhido pela instituição, o usuário passa por atendimento médico, psicológico, ações do Serviço

⁴Segundo a Portaria 336/2002 atendimento intensivo é aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAP's; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Social, atividades como trabalhos manuais, grupos de dança, grupos de família, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, auto-cuidado, artes, didática, jogos e recreação, além de relaxamento e música e seus familiares semanalmente estão envolvidos nos grupos de famílias.

Nosso estágio no CAPS III ocorreu durante o ano de 2008, e frequentávamos essa unidade dois dias semanais, no período da tarde. De início, a nossa atenção foi direcionada para apreender a dinâmica do funcionamento da Instituição, bem como observar as atividades que eram realizadas no serviço, fase que teve a duração de seis meses. Neste período de observação, também iniciou-se a caracterização do campo de estágio, através de dados coletados na instituição e por meio de pesquisa bibliográfica, para melhor compreender a rede de saúde mental em Campina Grande/PB e o trabalho desenvolvido no CAPS III.

Com a continuidade da inserção nesse serviço, um fato que nos chamou a atenção e foi possível perceber é que o projeto terapêutico tem uma importância impar na recuperação das pessoas com sofrimento psíquico atendidas naquele serviço. Todavia ressaltamos algo inquietante: há uma tendência a infantilização dos usuários no desenvolver das oficinas terapêuticas. Acreditamos que esse comportamento comprometia a eficácia das mesmas no processo de reinserção social dos usuários.

Diante dessas inquietações, este estudo remeteu a alguns questionamentos, por isso resolvemos analisar a percepção dos profissionais do CAPS III – Reviver Campina Grande/PB, acerca do Projeto Terapêutico do serviço.

6 A PESQUISA

6.1 Considerações metodológicas

O presente trabalho trata-se de um estudo caso com uma abordagem qualitativa e analítica da realidade em questão. Segundo Minayo (1994) a metodologia que compõe determinada pesquisa, busca apresentar o “caminho do pensamento” e a “prática exercida” na apreensão da realidade, que se encontram intrinsecamente constituídos pela visão social de mundo veiculada pela teoria da qual o pesquisador se vale.

De acordo com a referida autora a apreensão e compreensão da realidade inclui as concepções teóricas e o conjunto de técnicas definidos pelo pesquisador para alcançar respostas ao objeto de estudo proposto. São os métodos que explicitam as opções teóricas fundamentais, expõe as implicações do caminho escolhido para compreender determinada realidade e o homem em relação a ela.

Nossa aproximação com a realidade se deu a partir do conhecimento empírico e o aprofundamento teórico do problema pesquisado nos remetendo a pesquisas bibliográficas, observações sistemáticas dos sujeitos no desenvolver das atividades, anotações feitas no diário de campo e levantamento de dados junto aos sujeitos da pesquisa através de entrevistas, o que nos possibilitou uma abordagem das questões inerentes ao contexto a ser pesquisado.

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais do CAPS III – Reviver Campina Grande, e o tipo de amostra utilizada foi a amostragem aleatória simples, onde se trabalhou, inicialmente, com o universo de seis profissionais que diariamente estavam no serviço, definindo uma amostra de 13,17%, sendo três de nível médio e três de nível superior.

Para coleta dos dados utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada, com onze questões norteadoras. Assim para analisar as informações, coletadas utilizamos a análise de conteúdo, na perspectiva de melhor compreender as respostas e as questões nelas implícitas e explícitas, favorecendo uma melhor análise de conteúdo, que segundo Triviños (1987) é utilizado para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências.

No que se refere à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o resultado desta pesquisa é fruto do projeto que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e, assim, o entrevistador prestou os imprescindíveis esclarecimentos aos entrevistados acerca do teor da pesquisa, de modo que esses puderam firmar o termo de consentimento livre e esclarecido, ficando uma via com o sujeito da pesquisa e outra arquivada pelos pesquisadores.

6.2 Análise do Estudo

No conjunto de falas e documentos ora analisados, pode-se identificar alguns eixos norteadores de análise para esse trabalho. Inicialmente destacamos a importância da concepção de saúde mental para os profissionais que são responsáveis pela concretização dessa política pública, na medida em que essa compreensão poderá refletir na execução do projeto terapêutico, dificultando ou facilitando a adesão do usuário ao tratamento proposto e para tal, exige dos profissionais competência técnica e teórica para respeitar os valores dos usuários, inclusos em um processo que deve ser participativo e de construção de novos conceitos em busca de uma resignificação e superação de estigmas.

Uma segunda questão trata das práticas educativas como espaços pedagógicos e democráticos que promovam de fato a reinserção social dos usuários e que essas práticas sejam um forte fator de adesão ao tratamento. E o terceiro eixo norteador de análise reconhece o espaço do CAPS como ambiente de apoio, aprendizagem e fortalecimento da autonomia dos usuários, tendo o projeto terapêutico como instrumento dessas reflexões.

Segundo Mângia (2006), os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser continuamente avaliados e redefinidos na medida das necessidades de cada momento e necessitam constituir a diretriz central dos serviços substitutivos. De acordo com o Ministério da Saúde os Projetos Terapêuticos dos CAPS devem ser singulares, respeitando as diversidades regionais, a equipe técnica do serviço, a participação do usuário e da família. Percebemos também que a rede social, ou melhor, a rede intersetorial também interfere na formulação e implementação do projeto terapêutico do serviço. Para além dessas questões singulares o Ministério da Saúde orienta que esses projetos sigam alguns princípios e diretrizes:

Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. O CAPS deve considerar o cuidado intra-, inter- e transubjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo

medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002 pág.5).

Nesse sentido, o Projeto Terapêutico do CAPS III – Reviver, em seu conteúdo, traz como Missão:

[...] O de ser o órgão de referência dos Distritos Sanitários II, III e IV, no município de Campina Grande – PB, em atendimento especializado aos portadores de transtornos mentais, buscando sistematizar conhecimentos de modo a participar na definição das políticas públicas relativas ao portador de transtornos mentais (PROJETO TERAPÊUTICO CAPS III – REVIVER, 2004, p.7)

No que tange a responsabilidade de território percebe-se que o projeto terapêutico do CAPS III – Reviver preenche o critério da responsabilização territorial, ao fazer a adscrição da clientela. O trecho acima nos informa que esse serviço cobre territorialmente um espaço geográfico definido dos distritos sanitários II, III e IV.

A missão além da responsabilidade territorial trata do atendimento especializado, da sistematização do conhecimento e participação na formulação da política, contudo, sentimos falta de estar claro questões relativa a reabilitação psicossocial e articulação da rede.

Em seguida no projeto terapêutico do CAPS III – Reviver apresenta em seu objetivo geral:

Implantar um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, no município de Campina Grande, segundo especificações da portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (PROJETO TERAPÊUTICO CAPS III – REVIVER, 2004, p.7).

Na análise do objetivo geral percebemos dificuldade em discutir a finalidade do serviço, a que serve na realidade local, limitando-se a registrar a implantação e a portaria 336/02. Observamos na escrita a preocupação legalista, quando na verdade poderíamos de maneira reflexiva observar que o objetivo do projeto terapêutico do CAPS é na verdade criar mecanismos/estratégias no desenvolvimento de ações que possam contribuir com a melhora da saúde das pessoas com sofrimento psíquico, dando-lhes o maior nível de autonomia possível e que, buscando evitar novas internações, reintegrar esses usuários a sociedade numa ação de corresponsabilidade entre Serviço-Família-Sociedade

O Projeto Terapêutico do CAPS III – Reviver, ainda traz em seu conteúdo a descrição dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do serviço e que venha atender a demanda existente. Dentre os profissionais temos: Assistentes Sociais, Médicos, Pedagogos, Psicólogos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Educador Físico, Técnico de Enfermagem e auxiliares.

Muitas reflexões emergiram durante o período de observação, no entanto a análise do material coletado nos permitiu levantar alguns questionamentos, dentre os quais: o que motivou os profissionais a atuarem na saúde mental? Como são desenvolvidas as atividades no serviço? De que maneira o projeto terapêutico pode contribuir com a recuperação dos usuários? E quais os desafios que se apresentam para a construção de um serviço que garanta os direitos sociais dos usuários?

Posto isso, iniciamos as entrevistas, indagando aos profissionais as motivações para trabalhar na saúde mental, em relação a qual observamos que apenas um dos entrevistados motivou-se a trabalhar no CAPS, pois já tinha experiência anterior em hospital psiquiátrico:

[...] eu fui assim mais levada a trabalhar dentro de um hospital psiquiátrico, né! o hospital psiquiátrico Dr. João Ribeiro[...] isso porque eu procurei emprego depois que tinha terminado meu curso e eu não encontrava respaldo em outras áreas [...] é eu vim encontrar lugar no Hospital João Ribeiro, e pra mim era novo logicamente eu só ouvia falar né, de usuário mental e nunca tinha chegado perto para conhecer a realidade trabalhar e foi lá que eu comecei meu trabalho, fui gostando, fui amando e daí hoje pra mim é maravilha trabalhar com saúde mental (ENTREVISTADO 1).

Os demais profissionais não tinham experiência em saúde mental e a motivação está relacionada a crise no mundo do trabalho, ao aumento do desemprego na atualidade e as dificuldades de inserção no mercado de trabalho conforme é possível observar:

[...] não tive nenhuma motivação foi pela necessidade de trabalhar, inicialmente né [...] não gostava da área da psiquiatria tradicional, mas com a nova proposta do ministério, da mudança da saúde mental eu fiquei curioso com a proposta então o momento foi oportuno, me submeter ao processo seletivo passei e entrei no CAPS (ENTREVISTADO 3).

[...] eu não conhecia nada da área [...] daí eu tava desempregada e fui, e fiz, e to aqui, mas agora me identifiquei muito bem com a saúde

mental, eu gosto, é um serviço muito gratificante pra mim (ENTREVISTADO 4).

Alguns profissionais tratam das dificuldades do trabalho em equipe, apontando para a necessidade de se trabalhar melhor a dinâmica dos espaços de articulação da equipe, em especial, as reuniões de equipe, visto que as falas expressam as dificuldades de encaminhamentos nas reuniões de equipe, da falta de escuta, de não se colocar em prática os acordos dessas reuniões.

[...] e a gente tem que reunir-se a todos pra poder ditar alguma coisa que a gente precisa fazer, então muitas vezes a gente consegue é, fazer aquele projeto que a gente quer na nossa parte, que é justamente o que eu faço, mas muitas vezes não e isso me entristece, porque às vezes eu quero é, combine eu tenho aquela convicção, aquela certeza, aquela prática de anos. Eu sei que se eu fizer aquilo ali eu estou fazendo certo, porque eu já trabalhei com aquilo, já me adaptei a anos com aquilo ali eu seu que eu to fazendo e ta dando certo com o usuário, porém eu tenho que reunir todos pra formar aquela equipe e passar se eles têm auto confiança em mim e ver na visão que estou vendo tudo bem, mas de... tem 3, 4, 1, 2, que não ver a minha mesma visão e aí então volta tudim vamos tentar, não talvez não dê certo, não e por conta desse talvez eu sempre penso que pior fica para o usuário (ENTREVISTADO 2).

[...] vamos supor 50%, seja posto em prática, o restante é esquecido e as vezes num dá certo (ENTREVISTADO 4).

No que refere-se ao projeto terapêutico do serviço e o projeto terapêutico singular do usuário, percebe-se que mesmo sabendo que estes respeitem as diversidades regionais e a composição da equipe eles precisam oportunizar uma “ambiência terapêutica” sendo acolhedor e ao mesmo tempo flexível. Percebe-se ainda a necessidade de se aprofundar as discussões sobre o trabalho em equipe:

[...] a gente faz com que eles escolham, a gente mostra várias atividades e deixa que o usuário escolha a que quer fazer a que gosta de fazer e chega ao ponto de quando eles escolhem eu quero qual oficina agora, tal, não quer nunca qual a que você gosta de fazer então a gente ver muito o lado deles procurando que eles façam alguma coisa que gostem, não forçando. Tem deles que tá cansado, quer dormir, quer então vamos deitar um pouquinho, mas a gente estamos sempre estimulando eles a fazer alguma coisa pra que eles se sintam bem (ENTREVISTADO 2).

Olha é o seguinte a gente o nosso plano é esse assim que eles entram já temos aquela proposta pra com eles aí a gente procura construir junto com eles (ENTREVISTADO 2).

Um outro aspecto interessante nas falas dos profissionais, no que se refere ao conhecimento acerca do Projeto Terapêutico do Serviço. Percebe-se em alguns momentos que as oficinas aparecem como destaque, sendo que estas se constitui em mais um elemento do referido projeto:

[...] esse projeto terapêutico do serviço não é especificamente de cada usuário é aquele projeto onde tem as oficinas que vem atender a demanda dos usuários pra que ele possa está inserido em grupos e escolher realmente aquilo que ele vem a gostar né? Eu acho que é por aí (ENTREVISTADO 1).

Em outra fala, fica muito clara a confusão entre projeto terapêutico singular e o projeto terapêutico do serviço:

[...] o que eu entendo dessa parte é que é criar alguma coisa pra que eles possa incentivá-los pra que eles começa se sentir gente eu posso fazer isso, então o CAPS cria projeto de cada usuário e qualquer tipo de projeto pra chegar naquele que ele se adaptou, gostou e até hoje eu tenho visto sucesso (ENTREVISTADO 2).

Outro entrevistado por sua vez, apresenta uma fala que expressa a necessidade de apropriação teórica acerca da temática em questão, demonstrando dificuldade de falar sobre o assunto:

[...] o projeto terapêutico, é assim uma série de atividades que a gente desenvolve com eles pra inserir eles na sociedade, e assim temos uma melhora pra eles, pra convivência deles com pessoal aí fora que num, que num recebe eles muito bem, por conta do transtorno (ENTREVISTADO 4).

Dentro do desenho do Projeto Terapêutico é importante observar a eficiência dos resultados provocados nos usuários e todos os profissionais entrevistados afirmam que ocorrem melhoras nos usuários:

Eu acho que o que contribui bastante que muitos usuários, vamos supor, acho que viviam dentro de um hospital psiquiátrico, é, lá eles não tinham essa oportunidade de participar de oficinas terapêuticas [...] essas oficinas que são oferecidas aqui vai é deixar o usuário mais livre pra viver em grupo que muitos deles não viviam em grupo eram mais isolados e daí mostrar mais um pouco de sua capacidade, de sua tendência, a sua liberdade de expressão é muito importante (ENTREVISTADO 1).

[...] foi a chance que vocês me deram pra mim soltar o que eu tinha preso então como ele gostou daquilo ali ele se desenvolveu de uma

tal forma que ajudou de mais 100% no tratamento dele ele chegou ao ponto de vir pra cá e não precisar mais da medicação então eu acho que adianta (ENTREVISTADO 02).

Ao oferecer oficinas terapêuticas com atividades diversas, o serviço visa à promoção da expressão, socialização e reinserção familiar e social da pessoa com sofrimento psicossocial, o que se observa claramente é que o espaço mais freqüentado pelo usuário era o próprio CAPS, e os mesmos são excluídos dos espaços comunitários, que é tão imprescindível para a reabilitação. “A comunidade é tudo aquilo que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação [...] (SARACENO, 1999, p.101)”.

Ainda conforme o autor acima mencionado, a reabilitação está pautada no tripé comunidade / família / paciente onde excluir o usuário não é um recurso, todavia, a articulação entre esses produz sentido, contratualidade, bem-estar. A passividade e a tutela dos usuários da saúde mental só contribuem para a sua nulidade enquanto ser social e, a negociação e o conflito de interesses é que legitimam a sua participação na sociedade. Assim, dever-se-ia criar espaços de negociação com o paciente, com sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente.

A capacidade de contratualidade, o poder de negociação, a autonomia, o ‘empowerment’, o estabelecimento de vínculos satisfatórios nas relações sociais, crescem na medida em que o usuário tem condições reais de se apropriar dos objetos sociais postos nas relações do seu cotidiano (BISNETO, 2007, p.193).

Segundo Rotelli e Amarante (1992), a desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas propõe a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, reabilitar. A principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade.

Diante dessas percepções, a pesquisa cumpre seu objetivo principal, demonstrando sua relevância e oferecendo novos elementos que poderão subsidiar o desenvolvimento de uma prática institucional e profissional dos atores envolvidos no atendimento aos usuários, bem como no conhecer de suas vidas, seus valores e concepções como elementos material e imaterial, que proporcionem a construção de novos conhecimentos em torno do atender aos usuários da saúde mental, na

medida em que uma boa parcela da sociedade está sujeita a ser acometida de problemas psíquicos, o que o caracteriza como uma questão de saúde pública.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa experiência de estágio em Serviço Social junto ao “CAPS III – REVIVER” e a execução da pesquisa aliada a observação do cotidiano do serviço apontam a necessidade de aprofundamento sobre o projeto terapêutico do serviço. Muitas são as questões que se apresentam e que merecem destaque ou no mínimo merecem serem refletidas. Verificamos que alguns fatos referentes as orientações da atual política de saúde mental e em particular relacionadas ao projeto terapêutico, que deverá atender aos princípios da política de aumento de autonomia e ampliação da cidadania para as pessoas com sofrimento psíquico, merecem ser aprofundadas a apropriadas pelos profissionais ali inseridos.

A pesquisa revela a necessidade de apropriação do projeto terapêutico pelos profissionais enquanto diretriz ético-política de um trabalho coletivo e não como instrumento de legalidade institucional.

Vale salientar que a atenção à saúde mental deve ter sua prática cotidiana refletida haja vista a complexidade dos sujeitos acometidos por sofrimentos psíquicos. Neste sentido, compreende-se que o cuidado dos mesmos exige uma crescente interlocução com a comunidade. Nesta perspectiva a pesquisa aponta para urgente articulação do CAPS com a região de localização, visto que o mesmo, quando aparece nas falas, emerge como algo distante e idealizado, sinalizando para a necessidade do CAPS contemplar em seu trabalho o território vivo envolvendo a comunidade no serviço e se envolvendo com as questões locais, em especial diante dos riscos de capsização da reforma psiquiátrica, conforme alerta Amarante (2003a), pois o que se espera é a superação de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico, que se entenda sua complexidade e abrangência.

Os serviços de atenção psicossocial não podem se apropriar de uma responsabilidade que não é só deles. A sociedade civil e o Estado devem também oferecer condições para atendimento, convivência com suas diferenças, e, responder as demandas da saúde pública oferecendo serviços de qualidade a todos.

Diante das observações e análises das falas evidencia-se a necessidade de ações de sensibilização e capacitação continuada para os profissionais que atuam na saúde mental fortalecendo-se efetivamente a rede de atendimento articulada com os demais serviços e políticas públicas que objetivam a inclusão social dos indivíduos enquanto sujeitos de direitos, o que de fato preconiza o projeto terapêutico do serviço

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.11, n. 3, Jul/Set. 1995.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003a. p.45-66.

ANAYA, Felisa. Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG. **2004. 167f. Dissertação de Mestrado**. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Resolução 196/96**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996. Homologado por Adid D. Jatene

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216/01 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em <<http://portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao.pdf>>. Acesso em 01 de setembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 245, de 17 de Fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.** Disponível em <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/245.pdf>>. Acesso em 01 de setembro de 2007.

_____. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório da Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2007.

_____. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica** Relatório da Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2011.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Trajetória da Saúde Mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo.** Só o mundo dá Saúde, São Paulo: 2000, ano 24, v.24, n. 1.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** 6 ed. Perspectiva, São Paulo: 2002.

GATTAZ, Wagner F. **Violência e doença mental: fato ou ficção?** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo:1999, vol.21, n. 4.

JORGE, Marco Aurélio Soares *et al.* **Políticas e Práticas de Saúde Mental no Brasil.** Fiocruz, Rio de Janeiro: 2005. p. 207 – 221.

MACHADO, Kátia. Como anda a reforma psiquiátrica? **Revista Radis nº 38.** Fiocruz, Rio de Janeiro: Outubro de 2005. p. 11 – 17.

MINAYO, Maria Célia de Souza (org.); *et all.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópoles: Vozes, 1994.

Prefeitura Municipal de Campina Grande. **Centro de Atenção Psicossocial: Caps III – Reviver.** Panfleto.

REMMINGER, Tatiana. **A Saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** Bol. da Saúde, Rio de Janeiro: 2002 v. 16, n. 1

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e Metodológicos. IN: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.): **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Te Corá Editora; Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte / Rio de Janeiro, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo/SP, Atlas, 1987.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões Sobre A História da Loucura de Michel Foucault. IN: Margareth Rago e Adailton Luís Martins. **Revista Aulas** nº 3 dezembro/2006 a março/2007