



**CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS – CAHL**  
**COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

**SÓ OS LOUCOS SABEM: Autonomia e protagonismo dos usuários do Centro de  
Atenção Psicossocial de São Félix-BA**

**CACHOEIRA-BAHIA**

**2014**

**JÉSSICA BASTOS SAMPAIO**

**SÓ OS LOUCOS SABEM: Autonomia e protagonismo dos usuários do Centro de  
Atenção Psicossocial de São Félix-BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob apreciação da banca examinadora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA-BAHIA  
2014

JÉSSICA BASTOS SAMPAIO

SÓ OS LOUCOS SABEM: Autonomia e protagonismo dos usuários do  
Centro de Atenção Psicossocial de São Félix-BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 21/11/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila  
(Orientadora – UFRB)



Prof. Leandro Ribeiro Azevedo  
(Membro Interno – UFRB)



Bel.ª Ana Carla Damasceno Bras  
(Membro Externo)

Trabalho é dedicado a  
Izabel Gomes Bastos(*i.m*) pelo estímulo incansável a  
leitura, aos estudos, tanto quanto a toda a minha  
família especialmente a minha mãe, Margarida  
pela compreensão e amor incondicional, tão  
fundamentais nesse processo acadêmico! Mas, este  
construto é dedicado aos militantes da Reforma  
Psiquiátrica e especialmente a todos os loucos que  
cruzaram o meu caminho e ensinaram-me a mais  
bela das lições “Ser feliz, embora louca”!

### **Diário de Luta**

*“Delírio é a camisa de força que não me  
permite criar.*

*Doidice é o muro alto que não tolera a  
beleza do mundo e o perfume das flores.*

*Desvario é a impessoalidade...*

*Alucinação é a solidão!*

*Um aglomerado de puro desatino!*

*[...]*

*E eu, dono de mim,*

*componho com tinta, papel, musica e  
poesia, dias cada vez mais leves, livres e  
coloridos”*

*(FERNANDA ALMADA)*

## AGRADECIMENTOS

A conclusão do período acadêmico remete-me a ideia de fechamento de um ciclo e abertura de tantos outros. E o encerramento de um ciclo, principalmente por se tratar de um processo de amadurecimento pessoal e profissional, é um momento gratificante em que olhamos para trás e retrospectivamente percebemos todas as pessoas que participaram desse desenvolvimento tanto aquelas que me acompanham desde o princípio, quanto às que agregaram forças durante o percorrer do difícil percurso universitário.

Deste modo, devo então agradecer fielmente à Deus pela proteção diária, por permanecer comigo em todos os momentos, amparando-me e fortalecendo-me cotidianamente. Mas principalmente por me aproximar de pessoas tão sublimes.

Como forma de retribuição ao tamanho carinho e atenção a mim demonstrados, gostaria de agradecer de modo especial:

- A minha ilustríssima mãe, Margarida pelos ensinamentos primordiais, pelas inúmeras demonstrações de coragem, amor e determinação.
- A minha família, maior exemplo de União até aqui vivenciado, especialmente a Priscila, pelo companheirismo de sempre! E a Nina Rosa pelo mais belo ensinamento dos últimos anos, Ser Tia! Mas, vale ressaltar que a minha gratidão se estende a todos: pai, avós, tios e tias, assim como a todos os primos e primas.
- Apaixonadamente as verdadeiras amigas consolidadas na graduação e anterior a ela, vocês fizeram parte da construção de quem eu sou hoje!
- As minhas colegas de convivência, por ter tornado este percurso menos doloroso e turbulento, pelos laços de irmandade que constituímos.
- Aos meus colegas do CAHL e da turma, por participarem do meu processo de (re)descobertas constante.
- Aos usuários e profissionais do CAPS de São Félix, por compartilharem comigo seus sonhos e expectativas.
- Ao corpo docente do CAHL, especialmente à Valéria e Heleni, assim como a todos àqueles que me auxiliaram a seguir nas trilhas do conhecimento.

- A minha caríssima orientadora, amiga, mãe acadêmica, Heleni Duarte Dantas de Ávila por pacientemente velejar comigo pelos oceanos da aprendizagem (pessoal, profissional), por aceitar o convite para embarcar comigo na construção deste trabalho, sobretudo pelo carinho, afeto e incansáveis ensinamentos.
- Além disso, aos cachoeiranos pela receptividade, pela energia, pelo samba, pelo licor! Obrigada pelos anos muito bem vividos nesse território encantador!

Por fim, muita gratidão a todas as pessoas que contribuíram com laços fraternos de Amor, Positividade e Fé, OBRIGADA!

## RESUMO

Este estudo pretende analisar os níveis de participação e protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico, usuárias intensivas e semi-intensivas das atividades grupais desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial de São Félix-BA. Por se tratar de uma temática que abarca a subjetividade dos sujeitos envolvidos, optou-se por uma pesquisa de cunho qualitativo, pautado na sociologia do cotidiano, embasada no método da observação participante desenvolvida tanto com os usuários quanto com os profissionais que atuam na instituição. Um dos fatores preponderantes na escolha da saúde mental é a indignação com o tratamento dada às pessoas em sofrimento psíquico nos espaços públicos e privada, principalmente pela ideia estigmatizada do “louco” enquanto ser improdutivo, incapaz de manter relações sociais. Além disso, outra motivação em suscitar esta temática se dá pela inserção da autora enquanto estagiária no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em São Félix, o que possibilitou a percepção acerca da importância destes serviços para os usuários. O desenvolvimento desta pesquisa pretende obter resultados que apresentem como estão estruturadas as relações *serviço x usuário* e *usuário x serviço*, para que se possa entender a relevância dos serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, especialmente o CAPS, que tem em sua proposta a organização da rede municipal de saúde mental.

**Palavras – Chave:** Saúde Mental; Protagonismo; CAPS; Pessoas em sofrimento psíquico.



## ABSTRACT

This study aims to analyze the levels of participation and protagonism of people in psychological distress, intensive and semi-intensive users of group activities in Centro of Atenção Psicossocial of São Félix-BA. As this is an issue that spans the subjectivity of the subjects involved, it was decided by a qualitative research, based on the sociology of everyday life, based on the method of participant observation developed both with users and with professionals working in the institution. One of the leading factors in the mental health choice is the outrage at the treatment given to people in psychological distress in public spaces and private, mainly by stigmatized idea "crazy" while being unproductive, unable to maintain social relationships. Furthermore, other motivation in raising this issue occurs by insertion of the author whilst a intern in the Centro of Atenção Psicossocial (CAPS I) in São Félix, which allowed the perception of the importance of these services to users. The development of this research aims to obtain results that are presented as relations structures service vs. user and user vs. service, so you can understand the relevance of alternative services to psychiatric hospitals, especially the CAPS, which has in its proposal the organization of network municipal mental health.

**Keywords:** Mental Health; Protagonism; CAPS; People in Psychological Distress.

## **LISTA DE SIGLAS:**

ABRAME – Associação Brasileira de Saúde Mental

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

a.C. – antes de Cristo

BA - Bahia

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CISM – Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental

CR – Consultório de Rua

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DINSAM – Divisão Nacional em Saúde Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDI – Psiquiatria Democrática Italiana

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar

PTI – Projeto Terapêutico Individual

PTS – Projeto Terapêutico do Serviço

PVC – Projeto de Volta para Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Terapeuta de Referência

UF – Unidade Federativa

UNAPSI - Unidade de Atenção Psicossocial

## **LISTA DE TABELAS:**

Tabela 1 – Centro de Atenção Psicossocial por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes por UF.

Tabela 2 – Consultórios de Rua implantados ou em implantação por UF.

Tabela 3 – Leitos em Hospitais Gerais por UF.

## **LISTA DE GRÁFICOS:**

Gráfico 1 – Proporção de recursos do SUS destinado aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011.

Gráfico 2 – Residências Terapêuticas por ano.

Gráfico 3 – Beneficiários do Programa de Volta pra Casa por ano.

## **LISTA DE FIGURAS:**

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do Ministério da Saúde.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> -----	16
<b>1. A CLAUSURA À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b> -----	19
1.1 DIZEM QUE SOU LOUCO – A TRAJETÓRIA HISTORICIZADA DA LOUCURA -----	19
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PROTAGONISMO DA LUTA ANTIMANICOMIAL-----	25
1.3 O CAMINHO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO-----	28
<b>2. CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b> -----	31
2.1 O CAPS COMO PRINCIPAL DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA -----	31
2.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E INTERDISCIPLINARIDADE-----	36
2.3 ATENÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA-----	42
<b>3. PROTAGONISMO E AUTONOMIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I) – SÃO FÉLIX-BA</b> -----	45
3.1 DEFININDO O AMBIENTE-----	45
3.2 O PROCESSO DE PERTENCIMENTO NO CAPS I -----	48
3.3 A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DO CAPS I DE SÃO FÉLIX-BA-----	53
3.4 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL-----	58
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	62
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	64
<b>6. APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE INFORMADO</b> -----	68
<b>7. APÊNDICE B – ROTEIRO ORIENTADOR PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS INTENSIVOS E SEMI-INTENSIVOS DO CAPS</b> -----	69
<b>8. APÊNDICE C – ROTEIRO ORIENTADOR PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS</b> -----	70

## INTRODUÇÃO

*“Se isso é impossível, que seja então nossa loucura...*

*E que ninguém venha tentar nos curar...”*

*Sérgio Alarcon*

A quem interessa a cura da insanidade mental? Quem lucra com isso? Quem inventou que o louco é um doente? Quem criou o padrão de normalidade, a quem ele interessa? Porque justo os loucos ficaram fora da tida normalidade? Esses são alguns questionamentos que perpassaram toda a trajetória de estágio, pesquisa empírica e de campo que muito contribuíram para a construção deste escrito.

Eis que diante de tantos questionamentos, pode-me surgir um outro, porque a logo a Saúde Mental? Sim, é inegável que questões de cunho pessoal e subjetivo interferiram na escolha da temática, mas nada foi mais desafiador do que potencializar o direito de serem ouvidos desses usuários que por vezes são invisibilizados em seus cotidianos. Dar voz, permiti-los falar sobre suas vidas, seus tratamentos e sobre o serviço que os atende com o propósito de reinseri-los socialmente respaldando sua autonomia.

A Política de Saúde Mental no Brasil vem sendo estudada por inúmeros pesquisadores das mais diversas áreas de maneira organizada<sup>1</sup>, especialmente com o desenvolvimento legal e a exequibilidade de diversos serviços propostos com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, mas ainda é muito incipiente no Serviço Social.

Inegavelmente trata-se de um tema de suma relevância, visto que com a diminuição dos leitos psiquiátricos e a proposta de atenção psicossocial em serviços extra-muros, as dificuldades e estigmatizações pelas quais passam as pessoas em sofrimento psíquico estão cada vez mais escancaradas e dialeticamente invisibilizadas. Por este motivo, optou-se pelo CAPS enquanto lócus desta pesquisa.

Com a historicidade da Saúde Mental no Brasil é possível perceber que o CAPS é um serviço relativamente recente, mas com uma capacidade transformadora da atenção psicossocial.

---

<sup>1</sup> A exemplo da ABRASME, a Associação Brasileira de Saúde Mental e da ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva.



Por se tratar de um serviço inovador, o CAPS encontra uma dificuldade imensa em romper com o ideário manicomial, engendrado no imaginário, nas falas e expressões da sociedade moderna, que acomodados com a velha lógica em que “Lugar de louco é no hospício”<sup>2</sup>, estigmatizam e preconceituosamente tem dificuldade em dividir o território com as pessoas em sofrimento mental.

Rompendo este estigma, cabe a este novo modelo de atenção psicossocial promover a integração e reinserção social dos seus usuários superando preconceitos, modificando hábitos, possibilitando a essas pessoas um convívio social e familiar harmônico, mas sem perder de vista a autonomia destes usuários, que devem ser protagonistas de suas vidas e seus tratamentos, visto que são sujeitos de direitos e merecem respeito como qualquer outro cidadão.

Assim, a realização deste estudo pautou-se em sua metodologia, na Pesquisa Qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva para melhor analisar o fenômeno social estudado. Não apenas por se tratar do campo da saúde mental, mas também pela necessidade de uma maior compreensão dos sujeitos em suas relações sócio-institucionais, assim é de suma importância uma abordagem teórico-metodológica que abarque todas as subjetividades inerentes às relações e estruturas sociais.

Com o intuito de atender a problemática e assim analisar o protagonismo e a autonomia dos usuários intensivos e semi-intensivos nas atividades grupais do CAPS I de São Félix-BA, será necessária uma abordagem qualitativa embasada na técnica da observação participante, que segundo Minayo (2004), é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados.

Nessa perspectiva, as técnicas de pesquisa desenvolvida além da observação participante voltam-se para o levantamento bibliográfico e documental e entrevistas semi-estruturadas desenvolvidas com profissionais e usuários do serviço de saúde mental, com o intuito de ‘dar voz’ à subjetividade dos sujeitos da pesquisa.

Deste modo, este trabalho está estruturado em três capítulos, sendo que o primeiro contextualiza historicamente a loucura, tomando como referência os clássicos Foucault (1978), Goffman (1975), Pessotti (1994), abordando também a loucura no território brasileiro ao longo do tempo e o processo de construção da Política de Saúde

---

<sup>2</sup> Dito popular frequentemente usado pelo senso comum para demonstrar a insatisfação e preconceito para com as pessoas em sofrimento psíquico que circulam livremente por seu território.

Mental que temos hoje, que perpassam por lutas sociais organizadas como o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica.

O segundo capítulo, traz em sua abordagem a cidadania e a participação na saúde mental, apontando especialmente para os novos paradigmas e serviços de atenção psicossocial, dentre os quais, o CAPS enquanto o principal dispositivo decorrente da Reforma Psiquiátrica, os demais serviços que também compõe a Rede de Atenção Psicossocial, e com eles a importância da interdisciplinaridade e da atenção sócio-familiar que também são fruto deste processo de desinstitucionalização psicossocial.

Já o terceiro capítulo, ficou destinado à descrição e análise crítica da pesquisa, definindo território e o ambiente pesquisado, analisando o processo de pertencimento ao CAPS sobre a ótica dos profissionais, um enfoque específico ao Serviço Social e sua atuação na saúde mental, e analisando a perspectiva dos usuários acerca dos seus tratamentos, em especial o serviço disponibilizado no CAPS I de São Félix.

Para além dos três capítulos, há ainda as considerações finais que poderiam perfeitamente ser chamadas de considerações de continuidade, visto que a proposta deste trabalho de modo algum pretende findar as discussões ou dar conta da totalidade complexa que envolve os serviços de atenção à saúde mental, seus profissionais e usuários.

## Capítulo 1 - DA CLAUSURA À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

### 1.1 DIZEM QUE SOU LOUCO – A trajetória historicizada da loucura.

Dentre os desafios enfrentados pelos pesquisadores empenhados com o campo da saúde mental, pode-se citar a dificuldade em descrever cronologicamente quando na história surgem as primeiras referências de insanidade mental ou alterações psíquicas nos seres humanos.

Outra problemática a ser enfrentada é a determinação de um conceito que envolva as especificidades desse fenômeno, a loucura. Deste modo, coube-nos optar pelo conceito de Pessotti (1994a) onde, a loucura reporta-se ao estado particular de privação do juízo ou do domínio emocional, independentemente dos sentidos sociais ou políticos atribuídos ao louco, visto que tais significados sofrem alterações no decorrer das épocas e também são fortemente influenciados pelas características de cada cultura.

Diante dessa conceituação, pode-se perceber que não há uma preocupação em entender as interpretações sócio-culturais conferidas aos “insanos”, mas a compreensão do fenômeno em si, livre de qualquer pré-julgamento depreciativo.

Desse modo, apesar da dificuldade de encontrar um conceito de transtorno mental que se aproprie de toda a complexidade que envolve esta temática, é de fundamental importância considerar a conceituação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que compreende como Transtornos Mentais e Comportamentais as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções), ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento cerebral.

Compete também a OMS a classificação de Transtornos Mentais e Comportamentais CID.10: Descrições clínicas e normas de diagnósticos (OMS, 1992) que discorre em uma lista todos os transtornos. Do mesmo modo, há também outros critérios de diagnósticos disponíveis para pesquisa, para uma definição mais precisa (OMS, 1993).

Voltando-se a trajetória histórica, cabe-nos dizer que é inviável determinar com exatidão o aparecimento da loucura, porém, sabe-se que desde a Antiguidade, conforme Pessotti (1994a), já havia algumas conceitualizações acerca da loucura, inicialmente com Homero (séculos 9-8 a.C.), que não culpabilizava o acometido, porque via os

comportamentos e atos de pessoas destituídas de razão como atribuição da ordenação divina. Deste modo, não havia estigmatização, o louco não era considerado doente, não existindo práticas específicas de cura, propondo-se no máximo rituais reparatórios para acalmar a ira dos deuses.

Em sua obra *Doença Mental e Psicologia*, Foucault (1994), reafirma esse pensamento, ao reportar-se a Grécia Antiga:

[...] Para os gregos não se esgotava aí seu sentido; na sua crença de que seu destino era comandado pelos deuses, a loucura tinha um sentido místico, de revelação, sem nenhuma conotação pejorativa. Os gregos não descartaram o sagrado, presente em todas as manifestações humanas (FOUCAULT, 1994, p.76).

Ainda na Era Antiga, Eurípides (séculos 485-406 a.C.), embora não desconsidere a questão mitológica, propõe uma nova visão, a inclusão do elemento psicológico, especificamente as determinações passionais as quais aticava a alma humana. Conforme Pessotti (1994a), a grande virada de concepções viria com Hipócrates (séc. 1 a.C.), em suas proposições sobre o enfoque organicista<sup>3</sup> da loucura. O ordenamento divino, não seria mais o responsável pela loucura, mas o funcionamento do cérebro humano. As práticas de cura voltavam-se para o restabelecimento do equilíbrio dos humores com o meio externo, a partir de alimentação adequada, banhos termais, atividades físicas, regulação do sono, música e limpeza do organismo pela catarse (laxantes naturais e vomitórios).

Já durante a Idade Média, segundo Foucault (1978), em *História da Loucura na Idade Clássica*, a loucura compunha a vida cotidiana, circulando livremente nos espaços sociais, sem qualquer preocupação médica ou método alternativo de isolamento. Nesse período os excluídos eram os leprosos, tal enfermidade retratava a cólera e a bondade de Deus. Amarante (1995, p. 23) confirma a afirmativa acima declarando que, “A percepção da loucura na Idade Média encontra-se com uma ideia de alteridade<sup>4</sup> pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária.”

<sup>3</sup> Conforme Pessotti (1994a), a partir das concepções de Hipócrates (séc. 1 a.C.) a loucura passa a ser visualizada como consequência das alterações sofridas pelo cérebro e o organismo humano.

<sup>4</sup> Alteridade de acordo com Reinaldo Fleuri, “Trata-se do desafio de se respeitar as diferenças e de integrá-las em uma unidade que não as anule, mas que ative o potencial criativo e vital da conexão entre diferentes agentes e entre seus respectivos contextos” (FLEURI apud MOLAR, 2008).

Na vigência da Idade Média, muitas foram as doenças que atingiram a população levando-a muitas vezes a morte, a exemplo da lepra e da peste bubônica, além das enfermidades, salienta-se também a fome e as guerras. Toda essa problemática beneficiou os preceitos cristãos enquanto forma de salvação, até porque pela época a medicina ainda não dispunha de mecanismos suficientes para sobrepor as práticas religiosas de cura.

Com a sobreposição das práticas religiosas como método de tratamento e cura das enfermidades, há uma ascensão dos ditames dogmáticos, que equipara a loucura à possessão demoníaca, tornando o indivíduo passivo diante do seu acometimento.

Para Pessotti (1994b) esta determinação demoníaca/possessiva da loucura retirava qualquer competência médica de seu entendimento ou tratamento reservando-a a esfera da fé e da crença, sendo por isso as práticas de cura as mesmas das expiações dos pecados, como peregrinações a lugares santos, confissões, ritos de preces, manifestações de devoção, exorcismo, ingestão e consumo de ervas e xaropes, autoflagelação e suplícios, torturas para expiar o demônio e, quando necessário, morte na fogueira.

Diante da aproximação com a possessão demoníaca, o indivíduo com alterações psíquicas passa a ser socialmente discriminado, gerando a exclusão social do mesmo, que passa a ser indesejado nos espaços sociais onde anteriormente lhe era transitável. O ato de banir o louco do espaço público e até mesmo o fato de vê-lo como diferente aproxima-se do pensamento de Becker (2008) que em consonância com Goffman (1975) compreende o estigma não como um resultado pessoal, mas como a inadequação às normas adotadas pelos grupos sociais, o que acarretaria sua não-aceitação na sociedade. Ou seja, o louco afasta-se do padrão de normalidade estabelecida naquele momento pela dominação religiosa.

Com a erradicação da lepra, os leprosários<sup>5</sup> europeus passaram a caracterizar-se como depósito de pobres, vagabundos, prostitutas, doentes, presidiários, alienados, e todos aqueles que amedrontassem a ordem social. Este processo de internamento dos desviantes é chamado de o “Grande Enclausuramento”.

Nas análises de Foucault (1975) acerca desse episódio, o isolamento tinha a função de impor a ordem pública, e manter a coerência essencial para o nascimento e manutenção das cidades,

---

<sup>5</sup> Os leprosários eram asilos afastados dos centros urbanos destinados para o isolamento das pessoas acometidas pela lepra.

O “Grande Enclausuramento” abrigava prostitutas, libertinos, sífilíticos, doentes venéreos, desafetos do Rei, doentes moribundos, mendigos, andarilhos, desordeiros, loucos e todo tipo de marginal. No entanto, este internamento do louco na época clássica não colocava em questão as relações da loucura com a doença, mas sim as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 1975, p. 79).

O momento conhecido como o Grande Enclausuramento chega ao fim quando em um “ato libertador”, Pinel (1745-1826) analisa a insanidade mental como um problema médico-social, ainda que associado à moralidade e cria uma nova instituição de isolamento, o chamado *asilo de alienados mentais*.

Conforme descreve-nos Amarante (1995, p. 25-26), “o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizado na instituição da doença mental.” A partir dessa instituição, a psiquiatria firma-se enquanto ciência, passa a imperar no processo de manutenção da ordem dos sujeitos, visto que, além de buscar a neutralidade, objetivava identificar o cerne do problema mental, sua causalidade.

Tratando ainda a constituição e estabelecimento do saber e do hospital psiquiátrico, a instituição caracterizava-se como uma verdadeira “estufa” para o estudo da alienação mental e para a codificação da loucura para o saber médico, sem é claro eximir o tratamento moral. É neste contexto que Pinel chega ao seu escopo central, de transformação da loucura em doença mental, psicopatologia.<sup>6</sup>

Com o desenvolvimento desse processo de medicalização da loucura, houve uma relativa mudança não apenas no tratamento como também na percepção da mesma, que de acordo com a análise de Lanteri-Laura (1994), via-se a loucura enquanto um desequilíbrio organofisiológico<sup>7</sup> do indivíduo ocasionado por lesão no cérebro com consequentena não-adaptação às normas sociais, cabendo à Medicina readaptar o indivíduo através de tratamentos específicos.

O desenvolvimento da psiquiatrização trouxe consigo o incentivo ao uso de fármacos e a hospitalização, uma vez que, ao analisar o novo ambiente terapêutico fundado por Pinel, Goffman (2001, p. 11) em seus estudos classifica-os de *Instituição*

---

<sup>6</sup> Para melhor compreensão do princípio constitutivo da Psiquiatria enquanto ciência, consultar Foucault (1975).

<sup>7</sup> O desequilíbrio organofisiológico pode ser entendido com, alterações dadas nos corpos dos organismos vivos, associando o termo ao contexto, a loucura vista enquanto um desequilíbrio organofisiológico trata-se de uma lesão no cérebro que ocasiona a não adaptação às normas sociais.

*Total* que para o mesmo significa dizer “um local de residência e trabalho onde um grande grupo de indivíduos com situações semelhantes separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Diante de sua interpretação pode-se concluir que trata-se de um espaço que visa a manutenção da loucura e do controle sobre a mesma.

Além disso, em sua mesma obra, Goffman (2001), é pioneiro ao abordar as instituições totais enquanto violadoras do direito à autonomia do sujeito e o nomeia como a “mortificação do eu”<sup>8</sup>, ao associar-se sempre a características pejorativamente negativas, percebe-se que o verdadeiro intuito desses métodos asilares são tornar os loucos mais alienados, com total privação de liberdade, dentre outros princípios fundamentais.

Analisando o processo de medicalização, Foucault (1978) argumenta acerca da transformação ocorrida principalmente no que tange o lugar social do louco e da loucura, pois ela não está restrita a absorção da loucura pelo saber médico, mas, envolve um contexto tanto jurídico, quanto social e cultural de lidar com o louco, a loucura, a diferença e a diversidade. Desta forma, se fizermos uma crítica ao desenvolvimento da psiquiatria podemos perceber uma das problemáticas que se arrasta até a atualidade, é o fato de maximizar a doença mental, sem antes compreender a conjuntura em que o problema *saúde-doença mental* está envolvido, que abarca os mais diversos âmbitos (sociais, jurídicos, culturais, políticos), alertada a muito tempo nas obras foucaultianas.

Ao iniciarem as tentativas de ruptura ao modelo tradicional de tratamento da doença mental, que se constituiu conforme já foi dito anteriormente, como uma forma de manutenção da loucura e desenvolvimento do saber psiquiátrico. Os primeiros resultados obtidos com as críticas ao modelo autoritário pineliano, foi o das colônias de alienados, que apresenta inovações ao tentar reformular o caráter fechados dos asilos, como uma localização ruralizada, um regime de portas abertas e maior liberdade.

Mas de acordo com Amarante (1995),

Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese o

---

<sup>8</sup> “Corresponde à contínua mutilação da identidade do indivíduo quando este se depara com a homogeneização subjacente aos mecanismos disciplinares, seja pelo fato de o sistema institucional submeter o interno a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis social, seja pela transformação do interno em objeto” (VIZEU, 2005).

princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (AMARANTE, 1995, p. 27).

O cenário após a Segunda Guerra Mundial foi propício para ampliar o campo visual e voltá-lo as atrocidades que vinham proliferando-se nas instituições psiquiátricas, diante disso tentaram-se os mais variados métodos de romper com a lógica asilar sem afastar-se da medicalização, mas somente com a proposta teórica de antipsiquiatria e as experiências fundadas por Franco Basaglia<sup>9</sup> no contexto italiano instaura-se o processo conhecido mundial e historicamente como reforma psiquiátrica.

Para Amarante (1994, p. 61), “o projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnologias, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais”, ou seja, a ideologia basagliana fundamenta-se na necessidade de priorizar o sujeito que enlouquece e não a doença mental em si.

Diante das transformações propostas por Basaglia e o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), faz-se necessário também a desinstitucionalização, conceituada por Amarante da seguinte maneira,

Desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (AMARANTE, 1995, p. 49).

Esta análise é auto-explicativa acerca da importância da desinstitucionalização, visto que, em consonância com Basaglia (1985) acreditamos que não basta lutar contra o internamento do louco é preciso efetivamente superar os conceitos fundantes da psiquiatria. Diante desse construto histórico, cabe-nos neste momento buscar uma

---

<sup>9</sup> Franco Basaglia (1924-1980) foi um importante psiquiatra italiano, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática. De inegável importância para a Saúde Mental, Basaglia deu o pontapé inicial para a desconstrução da psiquiatria tutelada substituindo-a pela psiquiatria reformada, acabando com as medidas institucionais de repressão. Traz em sua concepção de psiquiatria algo relevante e pouco perceptível “...a Psiquiatria desde seu nascimento é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres...”. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>



abordagem aproximativa com a realidade do Brasil, para tanto veremos adiante o processo de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

## 1.2 O CAMINHO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

Contextualizando a loucura em terras brasileiras, deve-se ponderar inicialmente a lentidão desde o processo de psiquiatrização se analisarmos, por exemplo, que em pleno Séc. XVIII a Psiquiatria se estabilizava e promulgava a possibilidade de cura para a loucura na Europa, no Brasil ainda se via esses indivíduos circulando livremente pelas ruas, quando não confinados nos porões das Santas Casas de Misericórdia.

A chegada da Família Real que marca o processo de modernização do país, e consecutivamente a vinda de médicos higienistas, delimita-se um importante momento para a saúde mental com o estabelecimento do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, fundado em 1852, situado na Praia Vermelha no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II, fazendo deferência ao Imperador.

Nessa perspectiva, podemos afirmar o modelo de atenção ao doente mental no Brasil, que a priori estava pautado na caridade religiosa é alterado e recorre a psiquiatrização legitimando o hospício enquanto espaço terapêutico, porém em nenhum desses processos aprofunda-se no conhecimento da patologia e sua cura, estes dispositivos tinham a função de enquadrá-los a ordem social.

Desde então, o modelo psiquiátrico baseado no modelo biomédico<sup>10</sup> manteve-se no território brasileiro até especificamente o processo de redemocratização política. Durante todo este período pode-se dizer que o tratamento terapêutico pautado na hospitalização, assim como na Europa, pressupõe um sistema fundamentado no controle com dispositivos de punição e repressão.

Assim, analisando a psiquiatria brasileira desde seus primórdios até o processo de reforma psiquiátrica, podemos concluir que, as péssimas estruturas físicas das instituições, a falta de preparo dos profissionais, somadas a escassez de recursos para a área terapêutica, são alguns dos fatores marcantes para o insucesso da manicomialização no Brasil.

---

<sup>10</sup> O modelo biomédico pautado na lógica da doença enquanto um fator puramente clínico.

Conforme mencionado anteriormente, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica em terras brasileiras teve seu período germinativo em concomitância com o período de redemocratização do país, mais especificamente na década de 1970. O momento histórico lhe foi propício, pelo fato de muitos outros movimentos como o Movimento Sanitário estava em plena efervescência, o que motivou e unificou as mais diversas lutas político-sociais.

Diante das debilidades no modelo de assistência à saúde mental vigente, como forma de consistentemente fundamentar uma crítica ao saber biomédico, constitui-se o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro em 1978, o mesmo aliou o caráter humanitário às reivindicações trabalhistas assumindo um caráter definitivamente antimanicomial.

Em consonância com o surgimento do MTSM, um episódio impactante deixa as denúncias sobre as irregularidades nas instituições psiquiátricas ainda mais elucidativas, este foi intitulado “a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)”. Mais especificamente, foi quando os profissionais da área vieram a público denunciar a situação de precariedade da maioria dos hospitais psiquiátricos. Na tentativa de solucionar o problema e silenciar os “manifestantes” há uma demissão em massa, essa atitude arbitrária por parte do governo só agregou ainda mais representações sociais à luta.

Ao retratar o acontecimento da “crise da DINSAM”, Amarante (1998) nos trás que a partir desse episódio tornou-se mais frequente a realização de congressos, encontros, conferências objetivando a problematização das debilidades recorrentes no atendimento prestado aos pacientes psiquiátricos.

Dois dos eventos supramencionados foram fundamentais para a consolidação do Movimento de Reforma Psiquiátrica, sendo eles: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A conferência foi organizada e conduzida pela Divisão Nacional em Saúde Mental (DINSAM) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria, que articulados tentaram manter um caráter científico, sem a participação popular.

A Conferência é caracterizada como ponta pé inicial no processo de transformação dos métodos/espços de tratamento em saúde mental, ou seja, inicia-se o processo de desinstitucionalização, de desconstrução das formas arcaicas e ultrapassadas de lidar com o louco.

O II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ao instituir o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” estabelece uma série de estratégias que envolvendo múltiplos atores consiga aos poucos modificar não somente às instituições psiquiátricas, mas também os hábitos, as mentalidades.

O MTSM, segundo a afirmativa de Amarante (1995), foi o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade de saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. Ou seja, o mesmo foi uma experiência exitosa pela sua configuração plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, associações de profissionais, que juntos militavam em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos em todo o país.

Ao analisarmos criticamente a importância do MTSM, pode-se dizer que,

É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p.07).

O período subsequente ao regime militar é marcado pela ocorrência de transformações históricas que aos poucos vão criando no país uma nova identidade nacional. Dentre os avanços pode-se citar, a promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, e a implementação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>11</sup>. Os fatos históricos mencionados anteriormente são essenciais para impulsionar mais avanços também no campo da saúde e da saúde mental.

No âmbito legal, o movimento conseguiu agregar importante ator político – o deputado Paulo Delgado, que propôs o projeto de Lei de nº 3.657/89 que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 1992). O projeto contava com apenas três artigos, tendo como conteúdo,

O primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento

---

<sup>11</sup> A implementação do SUS e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), são frutos da promulgação das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/90, como também pelo art. 198 da Constituição Federal de 1988.

dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridades judiciárias, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 36).

O instrumento jurídico proposto por Paulo Delgado foi inovador, visto que produziu efeitos mesmo sem aprovação no Senado. Esta foi promulgada uma década depois de proposta, sendo denominada Lei Paulo Delgado de nº 10.216/2001. Apesar do longo período de tramitação, com a existência de um instrumento legal, a Reforma Psiquiátrica consegue transmitir melhor seus pressupostos, que não pode ser minimizado a desconstrução da assistência hospitalar, mas a prioridade dos métodos alternativos de atendimento, e principalmente a mudança das concepções estigmatizantes que “lugar de louco é no hospício”.

### 1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PROTAGONISMO DA LUTA ANTIMANICOMIAL.

Tomando ainda como referência o processo gradual que culminou na importante transformação atingida pela saúde mental no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, ao analisar todo o percurso traçado até alcançarmos o atendimento comunitário, aberto, interdisciplinar, de acesso público, universal, gratuito, integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), com serviços de atenção psicossocial inteiramente substitutivo ao hospital psiquiátrico, pode-se concluir que tamanho avanço não seria possível sem a participação e articulação dos usuários e seus familiares.

Pretende-se aqui registrar a essencial presença dos movimentos sociais que não está restrita a transformação dos serviços de atenção à saúde mental, mas que propõe uma transformação macroestrutural nas relações sociedade/louco/loucura. Ainda assim, apesar da vasta produção teórica no campo das ciências sociais, ao analisar as lutas e demandas da coletividade como afirma Cunha e Rodrigues (2007), se constata um silêncio, no panorama geral dos movimentos sociais no início deste milênio, apresentado por Gohn (2003) não aparece o movimento da luta antimanicomial.

Importantes teóricos conceituam o Movimento de Luta Antimanicomial, que por integrar múltiplos seguimentos: profissionais, usuários, familiares, o que conseqüentemente aumenta a complexidade identitária, mas possibilita o

estabelecimento de interesses comuns. Para Lobosque (2001), o movimento nacional de luta antimanicomial é uma instancia política inscrita num processo mais amplo de transformações sociais. O movimento antimanicomial é na concepção de Soalheiro (2003, p. 25/26) “um conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais, que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade”.

As considerações supracitadas reafirmam que o movimento antimanicomial constitui-se como um respeitável movimento social na sociedade brasileira, visto que aproxima-se do conceito de movimentos sociais enquanto ações coletivas específicas, heterogêneas que apesar de serem compostos por múltiplos personagens, estes devem comportar-se enquanto sujeitos coletivos, que militam por objetivos comuns.

Enquanto o MTSM articulava todo o processo de reforma psiquiátrica, avançando gradualmente a caminho da desinstitucionalização da tradição basagliana, um novo ator adere ao movimento na luta *Por uma sociedade sem manicômios*, sendo este as associações de usuários e familiares com o intuito de fazê-los protagonizar na luta política pela transformação do modelo asilar.

Há que diga que existem diferenciações entre os movimentos de usuários e os movimentos de familiares, para Sommer (Lougou & Andrade, 1993 in Amarante, 1995) os movimentos de familiares surgem nos EUA, como resposta à política de desinstitucionalização, na medida em que esta exigia das famílias a maioria dos cuidados com os seus membros ‘doentes’, além disso, diz respeito à necessidade de retirar a culpa e o estigma lançados sobre a família pelas teorias sociogenéticas<sup>12</sup>.

Já os movimentos dos usuários surgem com uma proposta de torná-los protagonistas no processo de construção de um novo cenário da saúde mental brasileira, deixando de ser um mero objeto de intervenção psiquiátrica. Enquanto os movimentos de familiares centram-se no determinismo biológico e possibilitam as propostas de medicalização do problema, os movimentos de usuários posicionavam-se mais radicais no combate às internações compulsórias, práticas violentas (Lougou & Andrade, 1993).

No Brasil, os primeiros movimentos registrados surgem em Barbacena, a partir da visita de Basaglia aos manicômios da cidade. Uma das pioneiras foi a SOSINTRA, fundada em 1979, no Rio de Janeiro na tentativa de suprir a insuficiência da assistência que deveria ser prestada pelo poder público. A principal iniciativa possibilitada a partir

---

<sup>12</sup> Quando se fala em teorias sociogenéticas reporta-se às análises psiquiátricas que consideravam as doenças mentais enquanto hereditárias.

da participação popular foi a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), em 1985, que se destina a ouvir a sociedade civil sobre a política de saúde. Desde então muitas outras associações foram criadas em todo território nacional (AMARANTE, 1995).

No entanto críticas necessárias precisam ser feitas, a exemplo do posicionamento de Amarante (1995),

A participação social de entidades e associações de usuários e familiares no processo de reforma psiquiátrica demonstrou que muitas destas podem ser instrumentos aparelhados pelos empresários, ou por demais grupos de interesses contrários ao processo, e que a participação por si só, não é a garantia de democratização ou de opção pelos caminhos mais corretos e melhores para os sujeitos portadores de sofrimento psíquico (AMARANTE, 1995, p. 85).

Apesar da existência de uma discrepância nos gastos dispensados aos serviços comunitários de atenção psicossocial e aos leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, das “doenças mentais” estarem entre as causas impossibilitam o acesso ao mercado de trabalho. Há inúmeros avanços possibilitados pela participação social do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, a exemplo da aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, dos diversos serviços substitutivos de atenção em saúde mental, da diminuição do número de leitos psiquiátricos.

Independentemente do termo dado ao Movimento (de luta antimanicomial, de reforma psiquiátrica ou de alternativa à psiquiatria), o mesmo cumpre sua função no processo de transformação ao atuar na construção de propostas e possibilidades de mudanças micro ou macrossociais.

## **Capítulo 2 - CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.**

### **2.1 O CAPS COMO PRINCIPAL DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem um papel estratégico dentre todos os serviços de atenção à saúde mental, visto que em sua proposta o mesmo se possui um caráter substitutivo, não complementar aos hospitais psiquiátricos, conforme preconiza os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O CAPS pertence a uma ampla e estruturada Rede de Atenção Psicossocial<sup>13</sup>, é um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multidisciplinares realizando atendimentos prioritariamente às pessoas em sofrimento psíquico grave e persistentes dependentes ou não do abuso de álcool e outras drogas de um determinado território<sup>14</sup>.

Evitando as internações psiquiátricas, o CAPS deve em um regime de atenção diária promover a inserção social dos seus usuários e familiares através de ações intersetoriais e interdisciplinares, cabe ao CAPS por excelência, organizar a rede de atenção às pessoas em sofrimento mental no âmbito municipal. São serviços articuladores que regulamentam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

Os CAPS, assim como os demais serviços substitutivos ao método asilar que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e são atualmente regulamentados pela Portaria n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Essa Portaria tem por objetivo o reconhecimento, assim como, ampliação do funcionamento e organicidade dos CAPS.

Essas instituições também necessitam de um espaço físico próprio e adequado para atender suas demandas específicas, mantendo um ambiente devidamente estruturado e acolhedor, porém, é de suma importância que as atividades

---

<sup>13</sup> “A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2013, p. 06).

<sup>14</sup> Território é uma denominação que não está restrito a área geográfica, mas que também envolve o cenário da vida cotidiana contemplada por pessoas, instituições, redes, laços.

desempenhadas nesse serviço não se limitem ao espaço físico, mas perpassem toda a comunidade, visualizando-a enquanto potencializadora.

Cada usuário atendido no CAPS deve ter um Projeto Terapêutico Individual (PTI), ou seja, um conjunto de atendimentos que respeitem suas especificidades, personalizando seu acompanhamento a partir de atividades e períodos que atendam suas necessidades. O profissional que o acolheu no serviço servirá de referência para ele, o vínculo criado entre o usuário e o Terapeuta de Referência (TR) é fundamental no período de tratamento, pois este profissional supervisionará os avanços atingidos com as atividades realizadas e a frequência de participação no serviço.

De acordo com a Portaria nº 336/2002, a partir do PTI o CAPS poderá oferecer:

- 1) Atendimento Intensivo: Destinado a pessoas com grave sofrimento psíquico, que necessitem de atenção contínua, por tratar-se de atendimento diário e domiciliar quando necessário;
- 2) Atendimento Semi-Intensivo: essa modalidade possibilita uma participação do usuário em 12 atendimentos mensais, oferecida quando o usuário está em processo de estabilidade;
- 3) Atendimento Não-Intensivo: destinado às pessoas que não necessitam de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido em até 3 dias no mês.

Do mesmo modo em que cada usuário atendido possui um PTI, cada Centro de Atenção Psicossocial necessita de um Projeto Terapêutico do Serviço (PTS), no qual devem constar as contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas dos usuários e seus familiares, a caracterização do território onde está localizado valorizando a cultura local e regional (BRASIL, 2004).

Esses serviços podem dispor de diversificadas atividades terapêuticas, que vão além de consultas e medicamentos, e por este motivo tem a denominação de *clínica ampliada*. Ao objetivar a promoção da saúde entre as pessoas, sem focalizar na cura para a doença mental, o CAPS desenvolve atividades terapêuticas estratégicas, que envolva o seu vasto público-alvo, o mesmo realiza: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento aos familiares, atividades comunitárias, assembleias e reuniões (BRASIL, 2004).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, público-alvo atendido, dias e horários de funcionamento, além disso, organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Dividem-se em:



- CAPS I - possuem o menor porte, capazes de atender municípios com população entre 20.000 – 50.000 habitantes, tem equipe mínima com 09 profissionais, funcionamento de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas, atendendo adultos com transtornos mentais severos e persistentes decorrentes ou não do abuso de álcool e outras drogas;
- CAPS II – serviços de médio porte, fazendo cobertura de municípios com mais de 50.000 habitantes, tem equipe mínima com 12 profissionais, funcionam os cinco dias semanais, das 08:00 às 18:00 horas, caso necessário atinge às 21:00 horas, tem como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III – são serviços de maior porte, abrangem municípios com mais de 200.000 habitantes, a equipe mínima é composta por 16 profissionais, de elevado nível de complexidade, o CAPS III realiza acolhimento noturno, internações curtas que não ultrapassem 07 dias, para tanto funcionam 24 horas, diariamente inclusive feriados e finais de semana.
- CAPSi - especializado em atendimento infanto-juvenil com transtornos mentais, atendem a municípios com mais de 200.000 habitantes, a equipe mínima de 11 profissionais, assim como o CAPS II tem atendimentos das 08:00 às 18:00 horas, podendo ter um terceiro turno chegando às 21:00 horas de segunda à sexta-feira.
- CAPSad – especializado em pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para municípios com população acima de 200.000 habitantes, ou cidades com localizações geográficas e cenários epidemiológicos alarmantes, sua equipe mínimo de 13 profissionais, seu funcionamento acontece durante os cinco dias úteis semanais, das 08:00 às 18:00 podendo chegar a um terceiro turno até as 21:00 horas (BRASIL, 2005).

Infelizmente, o perfil populacional do município é o principal fator determinante para a implementação de um Centro de Atenção Psicossocial, o que deveria ser apenas um critério orientador ocupa lugar central enquanto os quadros epidemiológicos tornam-se imperceptíveis. Tal situação interfere diretamente na distribuição e cobertura dos CAPS em suas diversas modalidades conforme aponta-nos os dados da Tabela 1.

**Tabela 1 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2011).**

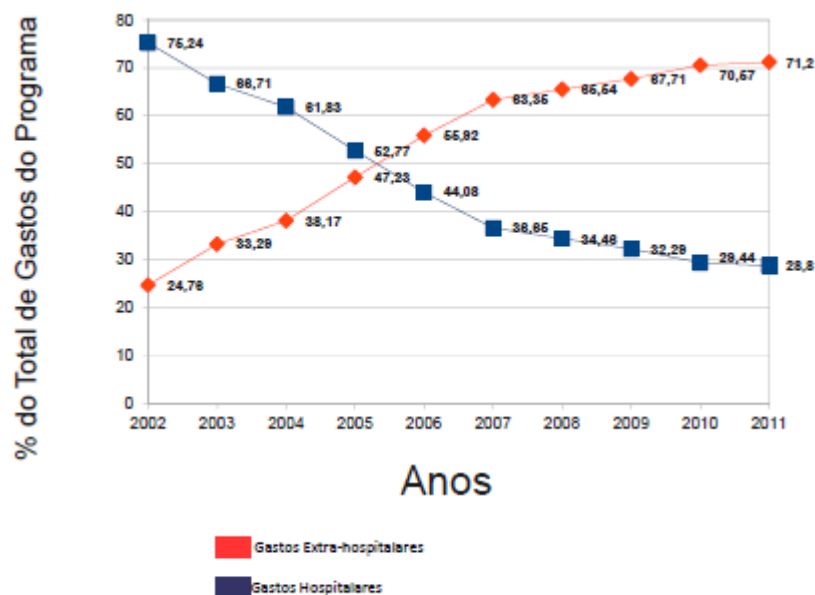
UF	Pop	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
Acre	732793		1			1		2	0,27
Alagoas	3120922	38	6		1	2		47	0,90
Amapá	668689				1	2		3	0,45
Amazonas	3480937	7	4	1				12	0,35
Bahia	14021432	125	32	3	7	16		183	0,87
Ceará	8448035	48	29	3	6	17		103	0,95
Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
Espírito Santo	3512872	7	8		1	3		19	0,44
Goias	6004045	16	16		2	4		38	0,50
Maranhão	6569683	37	14	1	3	6		61	0,65
Mato Grosso	3033991	24	2		2	5		33	0,69
Mato Grosso do Sul	2449341	9	6	1	1	4		21	0,69
Minas Gerais	19595309	86	44	10	12	21		173	0,69
Pará	7588078	24	15	2	2	6		49	0,50
Paraíba	3766834	39	8	3	8	8		66	1,27
Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
Pernambuco	8796082	28	19	2	7	12	1	69	0,64
Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
Rio de Janeiro	15993583	36	39	1	16	18	1	111	0,59
Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
Rio Grande do Sul	10695532	66	37		17	26	1	147	1,07
Rondônia	1580501	11	5			1		17	0,74
Roraima	451227	1				1		2	0,33
Santa Catarina	6249682	47	13	2	6	11		79	0,90
São Paulo	41252160	64	79	27	43	67	2	282	0,64
Sergipe	2068081	19	4	3	2	4		32	1,16
Tocantins	1388453	7	2			1		10	0,47
<b>Brasil</b>	<b>190732694</b>	<b>822</b>	<b>431</b>	<b>63</b>	<b>149</b>	<b>272</b>	<b>5</b>	<b>1742</b>	<b>0,72</b>

**Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).**

De acordo com a Tabela 1, ao final do ano de 2011 o país chegou a uma cobertura de 0,72 CAPS/100.000 habitantes. Além disso, 11 (onze) estados brasileiros apresentam uma cobertura acima da média nacional, 18 (dezoito) estados possui pelo menos um CAPS 24 horas (III ou ad III). Por outro lado, cinco estados não possuem nenhum CAPSi e um não possui nenhum CAPSad.

Outra importante questão a ser ponderado no que tange a expansão da RAPS é a necessidade de se fazer um paralelo entre o investimento público destinado aos serviços substitutivos e os gastos ainda existentes com os hospitais psiquiátricos, conforme se pode observar no Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011.**



**Fontes:** Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS, DATASUS, Coordenação Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/ DAPES/ SAS/ MS.

Pode-se observar a partir deste gráfico, que a partir do ano de 2006 há uma inversão dos gastos na Rede de Atenção Psicossocial, em que os investimentos na rede de serviços e ações extra-hospitalares superam os gastos com a rede hospitalar. E essa perspectiva financeira se mantém em constante ampliação.

Apesar das dificuldades ainda existentes na implementação dos diversos serviços e ações que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, não se deve perder de vista que o rompimento com a cultura hospitalocêntrica é gradual e já temos um ganho muito significativo no que tange os investimentos públicos na área, como também com a distribuição territorial dos CAPS e demais serviços extra-hospitalares.

Por estabelecer princípios como o da territorialidade, os Centros de Atenção Psicossocial, procuram promover e fortalecer os laços sociais dos usuários e seus territórios. Além disso, a instituição caracteriza-se enquanto espaço produtor e/ou reproduzidor de autonomia, convidando o usuário à responsabilização e protagonização em seu tratamento, assegurando-lhes saúde e cidadania.

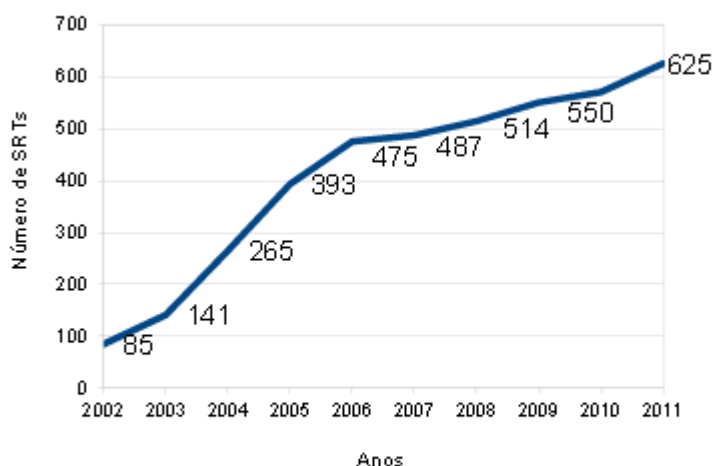
## 2.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E INTERDISCIPLINARIDADE

O modelo de atenção à saúde mental vigente no Brasil é composto por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que conforme já foi supramencionada tem como *porta de entrada* os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Mas, esta rede é composta de muitos outros dispositivos que com o processo de desinstitucionalização e efetiva reintegração, passaram a ser preconizados pelo SUS.

Dentre os quais podemos citar os **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**, que surgem como dispositivos decisivos para a concretização da superação do modelo centrado na hospitalização. Apesar de se configurarem como equipamento da saúde, as residências terapêuticas são constituídas para suprir as necessidades de moradia das pessoas em sofrimento psíquico graves, egressas ou não de hospitais psiquiátricos, auxiliando-os no processo de reintegração na comunidade. Cada residência deve estar referenciada a um CAPS e a ESF - Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

A implantação e expansão dos SRT são consideradas recentes no Brasil, mas os dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vêm se desenvolvendo e estimulando uma maior articulação dos gestores com a comunidade.

**Gráfico 2 – Residências Terapêuticas por ano (Brasil, 2002 e 2011).**



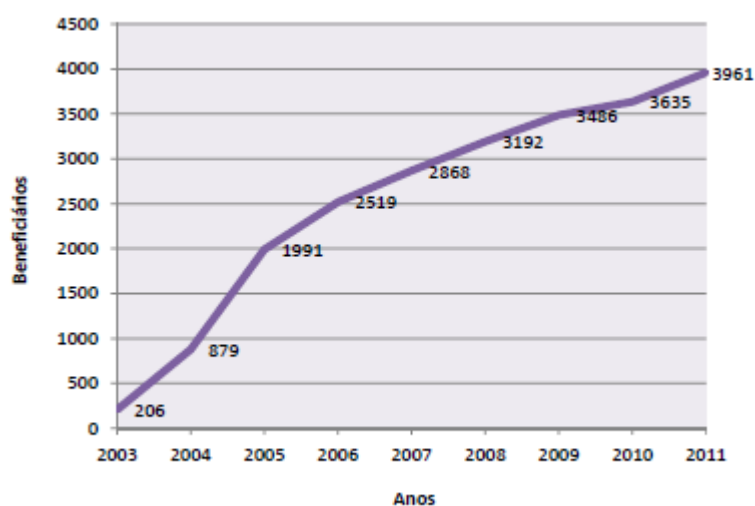
**Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas DAPES/SAS/MS.**

O gráfico nos permite avaliar o enorme avanço no número de Residências Terapêuticas a partir do ano de 2008, desencadeado principalmente pelos avanços nos fechamentos dos hospitais psiquiátricos. Em um ritmo considerável para um serviço com uma proposta inovadora, implementado e financiado pelo Ministério da Saúde com o propósito de assegurar o direito à moradia dos egressos dos hospitais psiquiátricos que não possuía vínculos ou não conseguiu contatar com os familiares.

Outra importante estratégia de desinstitucionalização é o **Programa de Volta para Casa - PVC**, valorizado por sua efetividade na reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Sancionado pela Lei Federal de nº 10.708/2003, o programa é a concretização de uma reivindicação histórica que teve sua proposta inicial formulada na II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992, que integra a Rede de Atenção Psicossocial, a partir da Portaria/GM nº 3.088.

Objetivando auxiliar o processo de reinserção social, através de um pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) aos seus beneficiários. O município de residência do beneficiário deve estar habilitado e ter uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e dispositivos da RAPS capazes de responder efetivamente as demandas de saúde mental. O gráfico a seguir trará os avanços em números de beneficiários com o passar dos anos.

**Gráfico 3 – Beneficiários do Programa de Volta para Casa por ano (Brasil, 2003 a 2011).**



**Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas  
DAPES/SAS/MS/DATASUS.**

Como foi possível perceber que, se compararmos o número de moradores em hospitais e o número de beneficiários do PVC, verá que se trata de um avanço tímido, porém os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial que marcam o ano de 2011 fazem do Programa um potencial instrumento no campo da reinserção social e resgate da cidadania das pessoas que estão regressando de internações de longa duração.

Uma importante estratégia de promoção da saúde mental é o **Consultório de Rua (CR)**, que tem como propósito a promoção de acesso e vinculação das pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e impasses na adesão ao tratamento. Através de uma atuação no território, objetiva-se acolher, disponibilizar cuidados básicos de saúde e motivar o tratamento dos agravos relacionados ao uso abusivo de drogas, além de orientar acerca dos direitos e mediar o acesso dessa população às políticas públicas.

**Tabela 2 – Consultórios de Rua implantados ou em implantação por UF (Brasil, 2010).**

Estado	nº CR
AC	1
AL	4
AM	2
AP	1
BA	4
CE	3
DF	3
ES	3
GO	6
MA	1
MG	1
MG	8
MS	2
MT	1
PA	2
PB	3
PE	4
PI	1
PR	3
RJ	8
RN	2
RO	1
RS	6
SC	4
SP	18
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>

**Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas DAPES/SAS/MS. DATASUS.**

De acordo com a Tabela 2, apresenta-nos os 92 Consultórios de Rua selecionados durante a III Chamada para Seleção de Projetos de Consultório de Rua (2010) que estavam sobre a responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2012).

Outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde foi o **Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)**, que objetiva a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e incremento dos serviços extra-hospitalares.

Através do programa e da proposta de pactuação de leitos em hospitais gerais, busca-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial assegurando uma mudança no modelo assistencial de modo a garantir a redução dos leitos psiquiátricos em concomitância as alternativas de atenção do modelo comunitário (BRASIL, 2005).

Aos pequenos municípios que contam apenas com serviços das ESF ou que não possuem CAPS com atendimento noturno, este programa tem sido de suma importância para um atendimento humanizado nas situações de crise.

**Tabela 3 – Leitos em Hospitais Gerais por UF (Brasil, 2011).**

UF	Nº DE HOSPITAIS	LEITOS SUS
AC	12	13
AM	1	1
AP	1	16
BA	13	116
CE	29	103
DF	2	33
ES	7	29
GO	13	156
MA	6	20
MG	42	272
MS	29	113
MT	8	10
PA	11	82
PB	17	52
PE	7	68
PI	13	42
PR	19	166
RJ	53	150
RN	5	19
RO	1	60
RR	2	11
RS	199	1086
SC	77	509
SE	3	54
SP	65	712
TO	7	17
<b>Total</b>	<b>646</b>	<b>3910</b>

**Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas DAPES/SAS/MS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, DATASUS.**

Conforme consta na Tabela 3, no ano de 2011 encontravam-se habilitados 3.910 leitos de psiquiatria em 646 Hospitais Gerais distribuídos em todo o território nacional. O que representa um avanço no que tange a articulação da Rede de Atenção

Psicossocial, que envolve os serviços extra-hospitalares e quando necessário o uso de leitos psiquiátricos para internações em Hospitais Gerais.

Outro dispositivo público que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são os **Centros de Convivência e Cultura**, que através de um espaço de convívio e respeito às diferenças na comunidade, incentiva a construção dos laços sociais e a inclusão social das pessoas em sofrimento mental.

“Apesar de não prestarem atendimento médico-terapêutico, são serviços que oferecem para as pessoas com transtornos mentais e para seu território espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura.” (BRASIL, 2005). Ou seja, mesmo não tendo uma total ligação com o campo da saúde, o Centro se caracteriza como um espaço de sociabilidade e proporciona uma melhor qualidade de vida para seu público-alvo possui um valor estratégico na inclusão social através da cultura, para tanto o mesmo deve estar fundamentalmente articulado com a rede de serviços substitutivos de saúde mental.

Outra estratégia ainda em processo de expansão são as **Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental**, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, voltadas para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que também compõe a RAPS, e chama a atenção para a necessidade da interação desses serviços com a saúde mental, visto que, os mesmos são *portas de entradas* para todos os serviços de saúde disponíveis no município (inclusive os de saúde mental).

Para tanto, é de suma importância a articulação entre os CAPS e as Unidades Saúde da Família, serviços abertos, comunitários e com eles o apoio matricial entre suas equipes profissionais. Deve-se, portanto ressaltar que ambos, assim como todos os serviços da Rede SUS e RAPS são compostos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Assim, essa estratégia, visa um processo de formação continuada para essas equipes articulem-se para prestar um serviço de qualidade, tendo como prioridade a integralidade do sujeito.

Sem a interdisciplinaridade<sup>15</sup>, os serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, não conseguem manterem-se articulados, visto que, apesar de prestarem diferentes atendimentos, os mesmos mantêm seus princípios e objetivos comuns, que são preconizados pelas diretrizes e princípios desde o surgimento do SUS, a exemplo da Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação.

---

<sup>15</sup> Sobre este tema consultar, Rosa (2010).



Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do Ministério da Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Como se pôde observar na Figura 1, a composição da Rede de Atenção a Saúde Mental a partir da concepção do Ministério da Saúde e conforme se visualiza é ampla e complexa envolvendo múltiplos atores, dentre eles, comunidade e todos os serviços disponíveis nela. O que se pode perceber a partir da imagem é que nem todos os dispositivos que compõe esta Rede dispõem de atendimento ao direito à saúde, mas são preponderantes para uma rede bem estruturada, que vise a manutenção da saúde mental de determinada Comunidade, reafirmando novamente a importância da interdisciplinaridade para a RAPS.

## 2.3 ATENÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Vários mitos permearam a relação familiar e a pessoa com sofrimento psíquico, uma vez que no período da Idade Clássica a família sempre esteve fadada a culpabilização, tida como a produtora da “doença mental”, e como consequência disso, as estratégias de tratamento e cura sempre estiveram voltadas ao isolamento, afastamento do vínculo familiar e social.

Na perspectiva hospitalocêntrica, que foi por longos anos a única estratégia de tratamento da loucura, responsável por defender a lógica psiquiatrização e consequentemente afastando a pessoa em sofrimento psíquico do seio familiar, esteve presente até aproximadamente os idos dos anos 80 com a ascensão do Movimento de Reforma Psiquiátrica, mas ainda hoje embutida na sociedade brasileira nos arcaicos ditados “lugar de louco é no hospício”.

A Reforma Psiquiátrica traz consigo novas possibilidades de tratamento propõem-se a desinstitucionalização, assim como a uma nova relação *sociedade-louco-loucura*, ou seja, o novo modelo de assistência saúde mental envolve não somente os técnicos, “a família, portanto, deve ser considerado sujeito indispensável para efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como grupo com potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes” (BORBA, 2011).

Ao tratarmos do conceito de família, evitamos nos reportar aos juízos de valor que acabam produzindo uma concepção reducionista de família estamos aqui nos reportando a,

Família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõe a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural (BRASIL, 2013, p. 63).

Cabe-nos também reforçar que cada família possui individualidades, culturas próprias, códigos, normas de convivências, além de maneiras próprias de expressarem suas emoções e comunicação, o que vem a torná-las singulares.

Faz-se necessário compreender que nem toda relação familiar é harmoniosa, e a loucura traz consigo um emaranhado de preconceitos, cargas subjetivas que atribuem demandas das mais variadas ordens a essas famílias, dentre elas: a dificuldade de lidar com as situações de crise, às dificuldades de convivência e materiais comuns à vida cotidiana, a expectativa frustrada de cura e o desconhecimento da doença propriamente dita (COLVERO, 2004).

Diante do exposto, é de fundamental importância se atentar que a diretriz da Política Nacional de Saúde Mental propõe-se a reduzir planejada e gradativamente os leitos dos hospitais psiquiátricos, priorizando as ações de base comunitária (BRASIL, 2005). Dentro dessa perspectiva o que se pretende não é simplesmente transferir as pessoas com sofrimento psíquico para fora dos muros dos hospitais, sem dar-lhes outras opções de cuidado, mas, o resgate e/ou estabelecimento da sua cidadania. Para tanto, a família é requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços de provimento de cuidado (ROSA, 2004).

Contudo, não se pode esquecer que esta responsabilidade e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico foram historicamente retirados da família e agora está sendo restituído ao âmbito doméstico, “este cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções” (BRASIL, 2013, p. 64).

As análises supramencionadas nos fazem refletir acerca da necessidade de se obter profissionais que fujam do senso comum e afastem-se de suas pré-noções ao propor e realizar atividades que envolvam as pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias nos serviços comunitários de saúde mental. Inúmeras dificuldades e potencialidades podem ser descobertas no desenvolvimento de atividades como: acolhimento, grupos de orientação aos familiares, grupos de cuidado aos cuidadores, intervenções domiciliares, disponibilização de atividades de lazer que agreguem familiares e os usuários dos serviços.

Mas, deve-se também compreender que para além da família outras relações sociais são fundamentais no que tange a não (re)inserção das pessoas em sofrimento psíquico aos hospitais psiquiátricos, para tanto faz-se necessário um acolhimento comunitário evitando a estigmatização e o preconceito, já banalizados quando se trata dos tidos “loucos”.

A fim de evitarmos não só a estigmatização para com as pessoas em sofrimento psíquico como também para quebrarmos a lógica de responsabilização e culpabilização da família é de suma importância a aceitação e o respeito para que busquem atividades que valorizem suas qualidades.

Mesmo porque, com essa carga de preconceitos e estigmas, não há possibilidade de ressocialização, mas o estímulo a (re)institucionalização como vem acontecendo, especialmente com as pessoas em sofrimento psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o incentivo e financiamento público às “Comunidades Terapêuticas”<sup>16</sup>.

Como alternativa a esse retrocesso em que visualizamos, assim como aos isolamentos e abandonos dos tratamentos por parte dos usuários do CAPS, cabe-nos então lutar politicamente para evitarmos o financiamento público das comunidades terapêuticas que são em sua maioria privadas e com tendências religiosas, mas, principalmente melhorarmos o tratamento às pessoas em sofrimento psíquico, que são independentemente de sua situação salutar cidadãos e sujeitos de direitos.

---

<sup>16</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, trata-se de instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público, que oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes ao uso, abuso ou dependência de drogas, mas, sabe-se que essas instituições têm se destacado pelo processo institucionalizador que se aproxima da proposta manicomial, aderindo a tendenciosidade religiosa e higienização social dos centros urbanos.

## **Capítulo 3 –PROTAGONISMO E AUTONOMIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I) - SÃO FÉLIX-BA.**

### 3.1 DEFININDO O AMBIENTE

São Félix é um município que fica localizado no Recôncavo da Bahia, região de suma importância pelo seu desenvolvimento econômico no período colonial e no ciclo da cana-de-açúcar e posteriormente com a indústria fumageira<sup>17</sup>. Acredita-se que se tratava primitivamente de uma aldeia indígena onde habitavam aproximadamente duzentos Índios Tupinambás.

A cidade fica a margem direita do Rio Paraguaçu<sup>18</sup>, a 110 km da capital baiana, Salvador. O território municipal de São Félix desmembrou-se de Cachoeira - cidade localizada a margem esquerda do mesmo Rio e unidas pela Ponte D. Pedro II - já no período republicano, através da assinatura do então Governador da Bahia, Manoel Vitorino Pereira do Ato nº 04, de 20 de dezembro de 1889, que por desejo dos seus habitantes de gozar dos foros e dos direitos de município resolve elevá-la a categoria de Vila. Já sua elevação a cidade, deu-se por um ato do Governador Virgílio Damásio à 124 anos atrás, no dia 25 de Outubro de 1890.

Sua população estimada para o ano de 2014 é de 15.049 habitantes distribuídos entre zona rural e urbana, possui uma densidade demográfica de aproximadamente 142,11 hab/km<sup>2</sup>, numa área territorial de 99,203 km<sup>2</sup>. Sendo que em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município estava em aproximadamente 0,639, um número relevante se levarmos em consideração que se trata de uma cidade interiorana de pequeno porte.

A rede de saúde do município é composta por, na atenção básica: 06 Estratégias de Saúde da Família (ESF) divididas igualmente entre zona urbana e zona rural, 01

---

<sup>17</sup> Marcada pela instalação das charutarias Suerdieck, Costa Ferreira & Pena, Stender & Cia, Pedro Barreto, Cia A Juventude, Alberto Waldheis e Dannemann, sendo que esta última continua em pleno funcionamento no centro comercial da cidade.

<sup>18</sup> Trata-se do maior rio genuinamente baiano, tem sua nascente na Serra do Cocal, no município Barra da Estiva na Chapada Diamantina, tem um curso de 600 km e banha várias cidades baianas até desaguar na Baía de Todos os Santos, dentre as quais pode-se citar, Itaité, Boa Vista do Tupim, Marcionílio Souza, Itaberaba, Iaçú, Argoim, Santa Terezinha, Antônio Cardoso, Castro Alves, Santo Estevão, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Cabaceiras do Paraguaçu, Conceição da Feira, Muritiba, São Félix, Cachoeira, Maragogipe e Saubara.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Atenção Psicossocial I. Na alta complexidade: Santa Casa de Misericórdia e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além dos serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Tratando-se especificamente do serviço estudado neste trabalho, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) desde Março de 2013 está em pleno funcionamento em total consonância com Política de Saúde Mental proposta pelo Ministério da Saúde, mas, somente em Maio de 2014 foi habilitado pelo Ministério da Saúde.

Deve-se ressaltar, porém, que antes deste já havia um serviço municipalizado a Unidade de Atenção Psicossocial (UNAPSI), que se diferencia do CAPS não apenas no nome, mas também pelo projeto terapêutico, visto que não havia uma delimitação territorial, nem articulação com os demais serviços da atenção básica, sem falar do financiamento que se restringia a esfera municipal.

Sem falar que há uma falha documental nos registros do UNAPSI visto que, a única fonte documental ainda presente no CAPS são os prontuários dos usuários que ainda permanecem mesmo com a mudança do serviço.

Por existirem inúmeras diferenças, percebe-se ainda mais a importância e a necessidade de um dispositivo de atenção a saúde mental que prestasse uma assistência integral e especializada para as pessoas em sofrimento psíquico decorrente ou não do abuso e dependência de drogas no município de São Félix.

O CAPS está localizado no Centro de São Félix-BA na Praça José Ramos, nº 17, um espaço de fácil acesso a todos e próxima ao núcleo comercial, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade que está sempre presente no serviço, do mesmo modo em que os usuários estão sempre circulando no espaço externo à instituição.

O serviço possui um modelo de atenção centrado na clínica psicossocial, com uma proposta interventiva em conjunto com a família, a comunidade e aos demais setores da rede de cuidados aos usuários e suas famílias. Objetivando conforme a Lei nº 10.216/2001, “a reinserção das pessoas com transtorno mental na sociedade através das redes de acesso a educação, lazer, cultura e trabalho, além de fomentar o exercício de seus direitos civis e fortalecer seus laços familiares e comunitários”.

Dentre as atividades desenvolvidas no CAPS, pode-se citar: a) atendimento individual; b) atividade em grupo; c) oficinas terapêuticas; d) visitas domiciliares; e) atendimento à família; f) atividades comunitárias; g) assembléias gerais. Infelizmente por se tratar de um serviço recentemente institucionalizado não há dados quantificados

estabelecidos no CAPS do número exatos de usuários intensivos, semi-intensivos e não intensivos.

Sendo que, as atividades supramencionadas são desenvolvidas na instituição com equipe multiprofissional composta por, 05 profissionais de Nível Superior<sup>19</sup> e 05 profissionais de Nível Médio<sup>20</sup>.

O serviço tem como demanda pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais graves, severos e persistentes decorrentes ou não do abuso e dependência de drogas com idade média entre 0 e 110 anos conforme Portaria GM nº 854 de 22 de agosto de 2012.

A depender do PTI do usuário, o CAPS poderá oferecer de acordo com as determinações Portaria GM 336/2002:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido às pessoas com graves sofrimentos psíquicos, necessitando deste modo de atenção contínua, podendo ser domiciliar caso necessário.
- Atendimento Semi-intensivo: nesta modalidade o usuário pode ser atendido em até 12 dias no mês, e é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento também pode ser feito em domicílio, quando necessário.
- Atendimento Não-intensivo: disponibilizado quando a pessoa não necessita de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades familiares e comunitárias, podendo ser atendido em até três dias no mês.

Conforme a proposta, da pesquisa volta-se especificamente para os usuários que participam dos atendimentos intensivos e semi-intensivos, visto que o objeto de pesquisa em questão é a autonomia e o protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico.

---

<sup>19</sup> Dentre eles, 01 Médico Psiquiatra, 01 Psicóloga, 01 Coordenadora, 01 Enfermeira, 01 Assistente Social.

<sup>20</sup> Dos quais se tem: 01 Técnico de Enfermagem, 01 Artesã, 01 Recepcionista, 01 Auxiliar de Serviços Gerais, 01 Cozinheira.

Neste sentido, os tópicos subsequentes abordarão as análises obtidas com processo de pesquisa desenvolvida com o intuito de perceber os níveis de pertencimento e participação dos usuários nas atividades disponibilizadas na instituição.

### 3.2 O PROCESSO DE PERTENCIMENTO NO CAPS I.

Como a pesquisa tem o propósito de avaliar os níveis de participação e autonomia<sup>21</sup> dos usuários intensivos e semi-intensivos do CAPS I de São Félix-BA, na tentativa de abarcar seus objetivos optou-se por uma metodologia de cunho qualitativo<sup>22</sup>, dentre as quais observação participante<sup>23</sup>, entrevistas semi-estruturadas realizadas com usuários e profissionais do serviço.

Deste modo, acerca do percurso metodológico adotado, pode-se dizer que, o processo de observação participante foi iniciado quando me inseri como estagiária na unidade e por estar constantemente no serviço, participando das atividades, dialogando com os usuários, seus familiares e os profissionais, partilhando com eles suas angústias, seus conhecimentos, cada novo aprendizado, sendo este um momento preponderante na escolha do objeto de pesquisa e o início das análises possíveis e viáveis no que tange sua exequibilidade.

Além desta observação participante, houve ainda uma observação direcionada com o foco especificamente na pesquisa, mas esta teve um prazo curto visto que tinha por intuito perceber os usuários mais extrovertidos e desenvoltos que tivesse disponibilidade para participar da pesquisa como informantes-chave nas entrevistas<sup>24</sup> semi-estruturadas.

Este processo durou apenas dois dias deu-se no período vespertino e matutino, somando sete horas diárias. Mas, não teve continuidade pelo fato da minha presença

---

<sup>21</sup> Na concepção freiriana, “[...] a autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre com data marcada. A autonomia vai se construindo na experiência de várias e inúmeras decisões que vão sendo tomadas.” Freire (1996, p. 107).

<sup>22</sup> Pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (Minayo, 1994).

<sup>23</sup> A observação participante destaca-se por se tratar de uma técnica adotada pelos pesquisadores que optam por pesquisa de cunho qualitativo, e em linhas gerais “[...] consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano [...]” (QUEIROZ, 2007, p. 278).

<sup>24</sup> “É uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa” (MINAYO, 1994, p. 107).



como pesquisadora intimidar alguns profissionais e confundir os usuários que me percebiam ora como estagiária, ora como convidada, esta situação fez com que eles se aproximassem mais de mim dificultando a observação.

Durante as 14 horas de observação foram possíveis perceber o desejo de estar e participar de todas as atividades propostas no serviço, os usuários mais extrovertidos fazem questão de se posicionar, de falar, os mais tímidos tentam expressar-se através dos gestos. Por mais que eles tenham dificuldade de compreender o real objetivo do serviço, os usuários exaltam a importância do serviço para suas vidas.

No que tange às entrevistas semi-estruturadas realizadas com os profissionais, as mesmas foram realizadas entre 04 Profissionais de Nível Superior Completo (dentre as quais, Psicóloga, Assistente Social, Enfermeira e a Coordenadora do serviço) e 01 profissional de nível Superior Incompleto (atuando como recepcionista). Sendo que apenas uma delas é pós-graduada na área da saúde mental e foi justamente a mesma que já possuía experiências tanto na área da saúde mental como um todo, quanto em CAPS.

Voltando-se para este tópico, o mesmo propõe-se a desatinar os possíveis nós que envolvem o pertencimento e a participação dos usuários, porém sob o viés diferenciado dos profissionais que atuam no serviço, tentando compreender as relações sociais que envolvem sua interação com o serviço, a família e a comunidade. Afinal, o CAPS só atende a sua finalidade se possibilitar aos usuários uma (re)inserção social.

E pensar os reais objetivos do CAPS traz uma série de problematizações, acerca do propósito e da realidade vivenciada no serviço, como expressa a profissional de Psicologia em sua fala,

Na teoria o CAPS é a reinserção social do paciente de saúde mental, mas na realidade se percebe que é muito fácil trazer o paciente para o atendimento, mas é difícil fazê-lo pensar que há possibilidades além do CAPS. O serviço se torna mais uma rotina, mais um lugar que ele precisa ir, a gente costuma dizer que a mesma dificuldade que a gente tem de trazer o paciente para o CAPS a gente encontra para fazê-lo pensar que existe vida social para além do CAPS (Psicóloga<sup>25</sup>, Entrevistada 29/10/2014).

---

<sup>25</sup> Por respeito ético à confidencialidade da sua identidade não será publicizado o nome de nenhum dos sujeitos que participaram da pesquisa.

Este posicionamento aponta-nos uma série de questionamentos sobre o que de fato tem sido realizado no CAPS para tornar seus usuários mais autônomos, para fazê-los perceber-se enquanto cidadãos e sujeitos de direitos.

Não se pretende com esta análise dizer que esta é uma atribuição que compete apenas ao serviço de atenção psicossocial, mas que necessita também na integração sócio-familiar. E no que tange essa compreensão por parte da família e da comunidade, sabe-se que esta ainda é muito incipiente e está muito aquém do que de fato deveria ser. Contudo, sabendo deste déficit na atenção extra-serviço, cabe aos profissionais incentivá-los ainda mais a procurar seus direitos.

O serviço não dispõe em números da quantidade de familiares que participam, demonstram interesse ou integram-se ao tratamento dos usuários, mas segundo a fala dos profissionais, esta participação ainda é muito restrita, conforme a constatação da profissional de Enfermagem que atua no serviço, em entrevista concedida 23/10/2014, “no dia do atendimento médico vem mais, mas na consulta de enfermagem um ou outro vem acompanhado do familiar”.

Ou seja, a legislação de saúde mental atual (Lei nº 10.216/2001), atribui maior responsabilidade à família pelo cuidado e atenção à pessoa em sofrimento mental, mas falta-lhe o preparo fundamental para assumir tal responsabilidade (PEREIRA, 2003). As palavras do autor são confirmadas na fala da Coordenadora do CAPS I de São Félix, “Algumas famílias ajudam no tratamento, outras precisam está sendo chamadas para orientação constantemente.” (Coordenadora, entrevistada 23/10/2014).

Levando em consideração os princípios preconizados pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, assim como à Rede de Atenção Psicossocial, as oficinas terapêuticas são componentes fundamentais para a reinserção dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial. Neste sentido, de acordo com a fala dos profissionais todos eles percebem uma evolução no tratamento dos usuários que desenvolvem as atividades grupais.

Ao analisar a importância das oficinas terapêuticas para a atenção psicossocial, a recepcionista do serviço que também desenvolve oficinas terapêuticas com os usuários, é emblemática,

Eu acredito que é um local que proporciona a aprendizagem por interação, aumenta o vínculo do profissional com o usuário, auxilia no desenvolvimento de autonomia e proporciona uma diminuição do estigma social ao passo que os produtos dessas oficinas são utilizados

de forma educativa e conscientizadora em outros locais extra-serviço (Recepcionista, em entrevista concedida 04/11/2014).

Além disso, a psicóloga atenta-se para a importância das possibilidades de geração de renda que surgem com a comercialização dos produtos que são frutos das oficinas, que segundo ela,

Quando a oficina é bem feita dá uma autonomia econômica, temos usuários que tem seus trabalhos até para fora do país, dá uma independência. Produz neles uma noção de pertencimento e importância quebrando a lógica de que o paciente é nulo, um nada (Psicóloga).

Nesta ponderação, a fala da profissional aproxima-se da compreensão de Rauter (2000, p. 267) “com as oficinas se quer muito mais do que gerar algum dinheiro para o usuário. Isso é importante, mas não é apenas isso”. Ou seja, a geração de renda é algo muito positivo, torna-se um estímulo a produção e a participação nas oficinas, mas não pode em hipótese alguma sobrepor a perspectiva terapêutica.

Um dos questionamentos que dividiu as opiniões dos profissionais foi aquele que tinha como foco compreender o protagonismo dos usuários no que tange seus tratamentos e suas vidas (relações interpessoais extra-serviços).

Na percepção da profissional de Psicologia, “Da vida não digo, mas do tratamento são, diferente do tratamento em Maragogipe<sup>26</sup> que víamos uma inserção ao tratamento quase nula”. Ou seja, apesar de não considerá-los autônomos no desempenho, os considera protagonistas do seu tratamento.

A coordenadora do serviço relativiza a questão trazendo que nem todos os usuários aceitam o tratamento com facilidade, assim como nem todos conseguem ser protagonistas de suas vidas.

A assistente social ao ser questionada aborda positivamente esta questão, considerando que os usuários são protagonistas tanto de seus tratamentos quanto de suas vidas, elucidando que o trabalho multiprofissional do serviço facilita o convívio e o trabalho em grupo dos usuários.

---

<sup>26</sup> Maragogipe é um município também situado no Recôncavo da Bahia, circunvizinho ao município de São Félix.

A profissional de Enfermagem que atua no serviço, ao ser questionada considera que alguns são sim protagonistas, mas existem aqueles que não tem interesse e domínio por seus tratamentos.

A recepcionista também foi questionada a esse respeito e posicionou-se criticamente nesse sentido ao dizer que os usuários não são protagonistas em nenhuma das perspectivas questionadas,

Não, nem das suas vidas, nem dos seus tratamentos, a meu ver ainda é necessário um trabalho maior que vise desenvolver isso. A maioria deles são dependentes dos familiares, ainda não conseguem desenvolver essa autonomia, eu percebo que eles ainda não são sujeitos da construção de sua história. O serviço os auxilia, porém acredito que ainda é necessário desenvolver projetos que objetivem e focalizem na construção dessa autonomia.

Diante dessa multiplicidade de informações, de respostas tão diferenciadas, deve-se pensar as lacunas existentes para que se tenha um serviço totalmente integrado à proposta da reforma psiquiátrica, que possibilite aos usuários autonomia, protagonismo, convívio social que se afastem cada vez mais dos preconceitos e estigmas.

Sendo o CAPS o serviço que organiza toda a rede de saúde mental do município e o serviço preconizado como um dos principais resultados do Movimento de Reforma Psiquiátrica, cabe aos profissionais que lá atuam buscar cada vez mais novas estratégias de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, para que através da arte, da cultura e do trabalho se tenha êxito na promoção da emancipação e autonomia dos usuários, além de possibilitar-lhes diferentes formas de sociabilidade (PINHO, 2014).

Oportunizá-los enquanto sujeitos de direitos significa para além de compreender toda a subjetividade que o envolve enquanto indivíduo, a subjetividade que envolve suas relações interpessoais sócio-familiares e no próprio CAPS, significa principalmente ouvi-los. E esta é também uma a proposta da pesquisa conforme poderá ser lido no tópico subsequente.

### 3.3 A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DO CAPS I DE SÃO FÉLIX-BA.

A proposta que perpassa este tópico é a possibilidade de dar voz àqueles que rotineiramente não são ouvidos em suas relações sociais, ou seja, compreender o serviço de atenção psicossocial sob a percepção dos usuários atendidos. A minha participação enquanto estagiária foi crucial para que houvesse uma maior abertura ao diálogo no momento das entrevistas especialmente.

Tendo como referência que os sujeitos desta pesquisa são os usuários intensivos e semi-intensivos atendidos no CAPS de São Félix, e dentre os meus objetivos constam compreender o protagonismo e a autonomia desses sujeitos no serviço e na comunidade, ao principiar o processo de pesquisa após o período de estágio, deparei-me com o primeiro obstáculo, sendo este o fato de a grande maioria destes usuários serem curatelados por familiares.

Perante desta situação surgiram-me inúmeras problematizações, dentre as quais, como falar de autonomia e necessitar de uma autorização formal do familiar responsável para entrevistar o usuário? Como localizar estes familiares em tempo hábil, se em sua grande maioria não frequentam o serviço, nem quando suas presenças são solicitadas formalmente?

Diante desta problemática, infelizmente foi necessário fazer um recorte, realizando as entrevistas semi-estruturadas apenas com os usuários que não possuíam tutela ou curatela<sup>27</sup>. Assim sendo, foram realizadas 05 entrevistas semi-estruturadas com os usuários, destes 02 (dois) intensivos e 03 (três) semi-intensivos. Apesar dessa dificuldade na pesquisa, em hipótese alguma optei por abandonar o processo de entrevistas, por considerar este um instrumento de suma importância para dar as respostas necessárias problematizadas no projeto da pesquisa e por concordar com a ideia de que fala é poder,

A fala [pode] ser reveladora de condições estruturais de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as

---

<sup>27</sup>A tutela e curatela são institutos autônomos, porém com finalidade comum, a de propiciar representação legal e a administração de sujeitos incapazes de praticar atos jurídicos. São institutos protetivos dos interesses daqueles que se encontram em situação de incapacidade na gestão de sua vida. Disponível em: [www.ambito-juridico.com.br](http://www.ambito-juridico.com.br)

representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1994, p.109).

Apesar do pequeno quantitativo de usuários entrevistados, a riqueza de suas falas aponta-nos múltiplas informações que enriquece a pesquisa e confirma a tese de que mesmo com os inegáveis avanços da Reforma Psiquiátrica há ainda inúmeros déficits no acesso aos direitos que possibilitam a autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Logo nas questões introdutórias do roteiro de entrevistas surge um dado alarmante dos cinco entrevistados nenhum concluiu o Ensino Fundamental e quando questionados não demonstram interesse em retomar os estudos, mas revelam que gostavam do período em que se tinha Oficina de Alfabetização na instituição, o que demonstra uma defasagem na inclusão social nas escolas do município.

Os entrevistados têm entre 37 a 60 anos de idade, e são atendidos no serviço a mais de um ano, quando questionados acerca das atividades que realizam na instituição os usuários associam logo as tarefas desempenhadas nas oficinas terapêuticas. Que dominam a preferência dos entrevistados quando questionados acerca das atividades grupais e individuais.

Para preservar a identidade dos usuários, será adotado neste trabalho, uma denominação com nome de flores para cada entrevistado, omitindo desta forma, os seus nomes verdadeiros<sup>28</sup>.

Quando questionados sobre por quem e como são ouvidos no CAPS, os usuários dividiram informações, houve quem dissesse que nunca viu necessidade de questionamentos, que não gosta de falar e por timidez, outra disse que vai diretamente à coordenação do serviço e sempre que busca é ouvida. Houve aquele que diz se sentir mais a vontade com a recepcionista, outra citou a psicóloga e as colegas de oficina, mas a fala que mais enfática acerca deste questionamento partiu de um usuário semi-intensivo, “Nunca exige nada, não sou de opinar muito, mas a gente sempre conversa entre si e entende que mesmo as coisas não estando 100%, o pessoal que trabalha aqui não têm culpa” (Sr. Lírio, 60 anos, entrevistado 29/10/2014).

Ou seja, mesmo diante das inúmeras debilidades que perpassam o serviço de atenção psicossocial em uma cidade de pequeno porte marcada por níveis relevantes de

---

<sup>28</sup> Todos os nomes aqui utilizados serão fictícios para assegurar a confidencialidade da identidade dos entrevistados, para tanto o nome dos usuários serão substituídos por nomes de flores por ainda que subjetivamente terem florescido meu conhecimento acerca da saúde mental.

vulnerabilidade social, apesar das vários problemas que perpassam a atuação dos profissionais, foi possível perceber entre os usuários uma unanimidade no que tange a postura profissional de escuta e acolhimento ao sofrimento.

Os usuários são unânimes ao afirmar que percebem avanços desde que começou a desenvolver as atividades propostas pelo serviço, mas ainda associa a instituição ao uso dos medicamentos fornecidos no CAPS, o que vai de encontro a proposta da Reforma Psiquiátrica de reinserção social sem o abuso das medicações.

Nessa perspectiva, fazendo uma análise crítica acerca deste cenário é fundamental manter-se atento, nesse sentido, para que questões alarmantes não passem despercebidas,

O que chama a atenção é que, ainda nos dias atuais, esse discurso esteja arraigado e permeie as falas dos usuários, mesmo estando inseridos em novos serviços, mesmo em dispositivos institucionais inovadores e teoricamente, constituídos por novas práticas (SOARES E SAEKI, 2006, p. 04).

No que diz respeito à participação das famílias e amigos no estímulo do usuário ao tratamento, os mesmos variaram em suas respostas, uma usuária afirma em seu depoimento, “quando eu não venho, eles ficam reclamando, pedindo para eu não faltar” (Açucena, 37 anos, entrevistada 23/10/2014). Sr. Girassol, de 46 anos em entrevista concedida no dia 22/10/2014, é enfático ao afirmar que não tem família, mas, seus amigos sempre lhe apoiam.

O posicionamento da Sra. Gardênia de, quando questionada acerca da participação e estímulo familiar no seu tratamento, nos faz repensar o próprio conceito de família ao afirmar que,

Família é o pessoal que mora aqui, que dá atenção pra mim, porque minha família? Nem meu antigo companheiro quando a gente vivia bem não se apresentava comigo, nem vinha aqui no CAPS me vê fazer as atividades. Nem aqui, nem no CRAS<sup>29</sup> onde eu faço curso de crochê. A pessoa que vinha pra cá era minha amiga, mas ela faleceu. Agora eu considero a minha amiga que trabalha no CRAS que se sabe minha história, meus problemas e se preocupa comigo (Sra. Gardênia, 44 anos, entrevistada 22/10/2014).

---

<sup>29</sup> Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), serviço de proteção social básico disponibilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) em conjunto com a Secretaria Municipal Assistência Social de São Félix.

Ou seja, o conceito de família não pode ser minimizado às relações consanguíneas, mas conforme já foi dito em tópicos anteriores, faz-se necessário levar em consideração os vínculos afetivos e de solidariedade, estes conforme a fala contundente da usuária faz a completa diferença no tratamento e serve de estímulo para todas as melhoras bio-psico-sociais, assim como é um porto-seguro nos momentos das dificuldades, obstáculos e incertezas.

Em consonância com esta perspectiva, Borba (2011) ao desenvolver sua pesquisa acerca da importância do suporte familiar para as pessoas em sofrimento psíquico, traz um posicionamento importante de um dos seus entrevistados,

Família é onde a gente pode contar com eles. Por mais que ninguém te entenda, alguém te entende. Quando estou precisando de ajuda peço pra minha família. É que tudo tem uma lógica, se você tá mal tem que contar pra alguém, e é com eles que eu conto (BORBA, 2011, p. 446).

Voltando-se para as entrevistas desenvolvidas no CAPS de São Félix, a questão crucial para a pesquisa, volta-se especificamente para a definição de CAPS e a representatividade deste em suas vidas, foi possível ouvir posicionamentos como:

O CAPS representa um lar, lugar que eu me sinto bem, quando não posso vim porque tenho que fazer exame, sinto falta, seria bom se a gente ficasse aqui direto, o dia todo, até quatro horas, fazendo atividades pra ocupar a mente. Como não tem, aí vou pra quadra dançar e fazer meu esporte, vou pro CRAS fazer meu curso de crochê, mas gosto mesmo de verdade daqui e de todos os profissionais (Gardênia).

Esta fala representa uma grande maioria dos usuários que visualizam o CAPS como sendo um lar, no sentido mais amplo da palavra, designando um espaço de proteção e acolhimento. Sempre associado ao bem-estar, conforme a fala de Açucena, “Um lugar de estar bem e feliz! Aqui eu melhorei, nada mais pode me agoniar na vida.”

A esse respeito Violeta, de 45 anos, em entrevista concedida em 23/10/2014, “CAPS representa tudo pra mim, ele mudou minha vida, hoje tenho tudo, sou outra pessoa, agradeço aos profissionais daqui tanto os que já saíram quanto os que estão chegando”. E seguindo esta mesma perspectiva Girassol analisa o CAPS como sendo a



‘válvula de escape’ nos momentos de infortúnio, “Sugestão de alívio, abaixo de Deus na hora dos problemas só o CAPS”.

Teve ainda a contribuição de Lírio, que em total congruência com os propósitos da Reforma Psiquiátrica, ao propor um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, analisa de modo pessoal que o CAPS,

Representa uma coisa que deve ser incentivada a existir, a funcionar, aqui eu me sinto bem, mesmo com os problemas aqui eu fico bem, venho aprender coisas novas. Às vezes a gente descobre que é bom em uma coisa que não conhecia, que é artista e não sabia (Lírio).

A partir das falas dos entrevistados, especialmente pela possibilidade que nos foi dada de analisar o CAPS sob a ótica dos usuários, foi possível perceber que há ainda traços associativos as atuações organicistas, há ainda uma forte tendência a correlacionar a pessoa em sofrimento psíquico ao doente mental, e por isso as possibilidades de tratamento e ‘cura’ para os usuários estão sempre associadas ao uso de fármacos. Deste modo foi possível perceber que a Reforma Psiquiátrica, não está findada, é um processo, um movimento contínuo e precisa ser passado aos usuários, seus familiares e a comunidade local, para a sensibilização da importância deste serviço.

Os usuários demonstram a partir de suas falas, suas percepções que são fruto do processo de escuta, onde por vezes, o CAPS é o único espaço onde lhe é resguardado o direito de falar e ser ouvido, por isso o serviço e os profissionais (apesar das precariedades existentes) são sempre associados às possibilidades de avanço no respeito à seus direitos. Nesse sentido, ao caracterizar a atuação, em âmbitos gerais, nestes serviços pode-se observar que,

Característica identificada como um estilo de trabalho e prática corrente do serviço: o relacionamento humano, o acolhimento, o respeito, o afeto e o apoio com que são tratados os usuários atendidos. Esses pressupostos que dão suporte às ações da instituição encontram eco na Reforma Psiquiátrica (SOARES E SAEKI, 2006, p. 07).

E mesmo diante das dificuldades este tem sido um serviço transformador para a pequena cidade de São Félix e seus habitantes, uma vez que, pelo menos no desenvolver das atividades, as quais se propõe, possibilita a esses usuários a autonomia e a participação.

### 3.4 SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

A atuação do profissional de Serviço Social<sup>30</sup> tem suas primeiras sistematizações na área da saúde mental por volta de 1905, nos Estados Unidos, com o Serviço Social Psiquiátrico que se tornou uma especialidade muito procurada na década de 20. Quando a atuação em saúde mental voltava-se para o reajustamento dos enfermos, após a alta hospitalar e havia uma ênfase em se trabalhar o estigma, como uma maneira de se reintegrar socialmente as pessoas com transtorno mental (ROSA, 2004).

De acordo com Vasconcelos (2000), em seus primórdios o Serviço Social foi influenciado pelo Movimento de Higiene Mental, o que trouxe importantes repercussões ao seu processo de trabalho, mas, destaca que tal análise não foi resgatada nos estudos acerca da gênese da profissão, sendo uma discussão ainda problematizada.

Ao reportarmos historicamente a inserção do Serviço Social na Saúde Mental, faremos um recorte a partir dos anos 40 que é um período de consolidação da profissão e de sua chegada ao mercado de trabalho. Segundo Vasconcelos (2000), com a formação dos primeiros assistentes sociais, as escolas procuraram inserir os profissionais nos hospitais psiquiátricos, que inicialmente caracterizou-se por situar-se na “porta de entrada” dos hospitais psiquiátricos, com um relacionamento institucional marcado pela subalternidade,

[...] aos médicos, e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos, em um tipo de prática semelhante, porém mais burocratizada e massificada (...) (VASCONCELOS, 2000, p. 187).

Nesse sentido, a prática profissional de investigação social não objetivava problematizar pensamentos acerca das condições de reabilitação psicológica e psiquiátrica do sujeito, mas estava muito propensa a culpabilização das famílias. Ainda assim, apesar de estar subalternizada pela Medicina, os relatórios sociais eram muito

---

<sup>30</sup> Este tópico apesar de abordar a atuação do profissional de Serviço Social, não propõe-se a problematizar o histórico da profissão, mas o trabalho do assistente social no âmbito da Saúde Mental, especialmente nos serviços extra-hospitalares, a exemplo do CAPS.

úteis, inúmeras vezes, para legitimar internações irresponsáveis fruto do interesse econômico muito presente na psiquiatrização que visava atender a lógica do mercado.

Nesse viés e sob a ótica do conservadorismo que permeou a gênese da profissão, a atuação do assistente social, não se propunha a (re)construir as mediações entre as dimensões objetivas e subjetivas do sujeito, ou seja, não passava de uma atividade burocratizada que tinha por objetivo a legitimação das práticas manicomializantes.

Com a ascensão da perspectiva modernizadora e o processo de reconceituação da profissão, o Serviço Social buscou o distanciamento do senso comum, da filantropia, das vinculações religiosas, nesse processo, o Serviço Social propõe-se a enquadrar os instrumentos e técnicas sociais compatíveis com o desenvolvimento do capitalismo.

A atuação do Serviço Social em saúde mental é marcada por uma forte indefinição teórica, oriunda da dificuldade do aporte teórico construído pela perspectiva modernizadora em responder às crescentes expressões da questão social e, principalmente, na perspectiva de pensar o fazer profissional em um campo fortemente marcado pela subjetividade, recaindo, sempre e recorrentemente, na psicologização das relações sociais, embora, neste momento, a profissão é demandada pelo Estado para efetivação das crescentes políticas públicas [...] (ROCHA, 2012, p. 37).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, ao se opor aos processos de psiquiatrização e hospitalização das pessoas em sofrimento psíquico, trouxe consigo propostas de criação de vários serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, dentre os quais os CAPS, os Serviços de Residências Terapêuticas, os Consultórios de Rua, etc., ou seja, ampliou-se o número de instituições e propôs a estas intervenções multiprofissionais, dentre as quais o Serviço Social.

Conforme aborda em sua obra, Vasconcelos (2000), mesmo diante deste acréscimo nas demandas ao Serviço Social na saúde mental, os assistentes sociais que trabalham na área não encontram referenciais teórico-conceituais, metodológicos e instrumentais para atuação dentro de uma formação oferecida pela profissão, o que torna sua prática individualizada, despreparada do ponto de vista teórico e pessoal para lidar com os desafios psicológicos. Este é um dos motivos pelos quais ainda se visualiza múltiplas atuações, se comparadas por vezes até incongruentes na atuação de dois assistentes sociais diferentes em um mesmo serviço terapêutico.

No que tange a importância da atuação do assistente social na área da saúde mental, volta-se às análises críticas e sua maleabilidade no diálogo com as outras áreas de conhecimento. Neste sentido, pode-se perceber que,

O assistente social em Saúde Mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda dos direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental (BISNETO, 2007, p. 52).

Nesse sentido, voltando-se especificamente para o lócus da pesquisa, em entrevista semi-estruturada realizada com a profissional de Serviço Social do CAPS I de São Félix, foi possível perceber inúmeras questões, dentre as quais: o vínculo trabalhista precarizado, pautado em contratos temporários, como a grande maioria dos profissionais do Terceiro Grau que atuam no serviço, carga horária de trabalho reduzida por atuar em duas instituições em cidades diferentes; inexperiência por trabalhar a pouco tempo na área e não busca por inúmeros motivos cursos de qualificação e aperfeiçoamento.

No que tange a atuação profissional no serviço, essa está prioritariamente voltada aos atendimentos individuais pautados numa proposta abominada pela profissão que é a psicologização na atuação, coordenando oficina em apenas um turno por semana. Quando questionada acerca do planejamento de suas atividades no serviço, a profissional em sua fala afirma que, este se dá por meio de reuniões de equipe com a coordenação que em conjunto tentam dar retorno às demandas dos usuários.

Em sua fala, a profissional está a todo momento fazendo menção a equipe multiprofissional e a importância da interdisciplinaridade, mas em momento algum faz qualquer tipo de menção acerca de suas atribuições privativas<sup>31</sup>, do Serviço Social enquanto diferencial na atenção psicossocial, esteve a todo momento confusa no desenvolver da entrevista.

No caso específico da atuação da assistente social no CAPS de São Félix, faz-se necessário um amadurecimento para que a equipe, os usuários e seus familiares como

---

<sup>31</sup> As atribuições privativas do/a assistente social estão delimitadas legalmente pela Lei nº 8.662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão), em que “O texto legal expressa, pois, um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas às demandas sociais, embora saibamos que a predefinição das atribuições privativas e competências, como uma exigência jurídica/legal, não garante na prática, posto estarem, também, condicionadas à lógica do mercado capitalista” (BRASIL, 2012, p. 30).

um todo possam compreender a importância da atuação do Serviço Social nos serviços de atenção psicossocial, assim como, que este profissional se atente que sua atuação possui desdobramentos que são um diferencial na atuação multiprofissional, que conforme salienta Bisneto,

(...) além de tentar compreender a lógica da assistência social (que aprende na faculdade de Serviço Social), precisa entender a lógica que reveste a racionalidade do funcionamento dos estabelecimentos de Saúde Mental e a lógica da instituição psiquiátrica (2007, p. 133).

Ou seja, para que o trabalho do assistente social não esteja associado pura e simplesmente a preenchimento de fichas e catalogação de documentos para a concessão de Benefício de Prestação Continuada (BPC). O Serviço Social vai muito além disso, e propõe-se a possibilitar aos usuários uma melhor qualidade de vida e/ou de (re)integração social, assim como possibilitar a autonomia, problematizar os familiares a estarem participando do serviço. O que se percebe é que a inexistência de problematizações acerca de qual de fato é o meu papel aqui? Como eu posso contribuir para tornar estes usuários autônomos, independentes? A despreparo para a atuação, são evidentes e questionados inclusive por muitos usuários, que demonstram desinteresse em participar dos atendimentos individuais com o profissional de Serviço Social.

Afim possibilitar a estes usuários uma auto-percepção enquanto protagonistas sociais e propondo as famílias e a comunidade o respeito á autonomia destes sujeitos, para que tenham a possibilidade de manter relações sociais cada vez mais longínquas dos estigmas sociais e preconceitos, é de suma importância que usuário, familiares, equipes multiprofissionais e a sociedade como um todo, pensem e atuem juntos, sem esta articulação a Reforma Psiquiátrica finda em si mesma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar acerca da Política de Saúde Mental e seus serviços alternativos, a exemplo do CAPS, são fundamentais para que se possa fortalecer e avançar no processo de Reforma Psiquiátrica, visto que é inegável a existências de um processo que vai de encontro a todas as conquistas até o momento atingidas.

Este processo de (re)psiquiatria proposto pelas Comunidades Terapêuticas tem tido financiamento público para retirada dos dependentes de álcool e outras drogas dos centros urbanos, ou seja, um processo cruel de higienização das grandes cidades. Com isso, a saúde mental conforme proposta pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica vê-se ameaçada frente aos inúmeros retrocessos, por exemplo, as comunidades terapêuticas em sua maioria são geridas por instituições religiosas que indevidamente associam tratamento e religiosidade.

Faz-se necessário estar atento ao fato de que o financiamento público que poderia estar sendo destinado a construção e qualificação dos CAPS, está sendo direcionada instituições que atuam sob a lógica dos tratamentos intra-muros, sem que haja possibilidades de diálogo com os usuários, que em suma, não tem sua autonomia respeitada.

Outra questão que aponta para a necessidade de se teorizar acerca do tema é o fato de este ainda ser muito incipiente no âmbito do Serviço Social, e a falta dessas avaliações críticas implicam diretamente nas dificuldades encontradas pelos profissionais nessa área, conforme Vasconcelos (2000, p. 209),

A sua prática, sem suporte teórico e metodológico específico adequado, tende a ser superficial, intuitiva, baseada no bom senso e na boa vontade dos profissionais, com sérias implicações na qualidade e eficiência dos serviços de saúde mental e na credibilidade da profissão junto às instituições, aos outros profissionais e à clientela.

Contudo, apesar da relevância do tema, em hipótese alguma há a pretensão de abarcar a totalidade da temática, este é apenas um estudo inicial, que deve ser aprofundado, repensado inclusive em outros territórios e/ou serviços de atenção psicossocial, visto que não se trata de um fim em si mesmo, justamente por conta desta

problematização, ousaria dizer que estamos tratando de Considerações de Continuidade, não de Considerações Finais.

Com o desenvolvimento da pesquisa foi possível perceber que por se tratar de um serviço recente no município de São Félix, há ainda muito a ser feito em defesa das pessoas em sofrimento psíquico naquele território, todas as atividades e ações desenvolvidas no serviço são de grande importância para o desenvolvimento da autonomia dos seus usuários, mas trata-se de ações ainda incipientes se pensarmos que ainda vivenciamos cotidianamente com preconceitos e estigmatizações a esta população.

Mas, mesmo diante dos inúmeros avanços, as entrevistas, especialmente com os profissionais apontam para uma problemática que precisa ser enfatizada, é o despreparo dos profissionais, quem muitas das vezes atuam no serviço sem conhecer sua proposta, sem buscar aperfeiçoar suas práticas, sem dinamizar sua atuação, e infelizmente suas atuações precarizadas impactam diretamente nos usuários do serviço, que se vêem dependentes ora dos familiares, ora dos profissionais.

Diante disso, foi possível perceber que ao garantir-lhes o direito à fala, ao orientá-los e possibilitá-los o acesso às informações, o serviço tem transformado a trajetória da saúde mental no município, tem assegurado às pessoas em sofrimento psíquico melhores níveis de qualidade de vida, um melhor convívio sócio-familiar, e tem transformado especialmente a mentalidade desses usuários fazendo-lhes confiar mais em si mesmo e acreditar que o primeiro passo para a transformação está no pensar e agir positivamente,

*“Pra quem tem pensamento forte,  
impossível é só questão de opinião,  
E disso os loucos sabem,  
Só os loucos sabem!”<sup>32</sup>*

---

<sup>32</sup> Trecho da composição do grupo musical Charlie Brow Jr. que intitula este trabalho, “Só os loucos sabem”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, P. (coord.) **Loucospela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.**/ Coordenado por Paulo Amarante.- Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_, (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_, P. TORRE, E.H.G. **Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 Anos Transformando a História da Psiquiatria.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. V.3, n. 6. P. 41-64, Florianópolis.

\_\_\_\_\_, P. Uma Aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Manguinhos – história, ciências, saúde,(I):61-77, 1994.**

BASAGLIA, F. (org.) **A Instituição Negada – Relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECKER, Howard. **Outsiders: Estudos de sociologia do desvio.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andréa; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci. A família e o portador de transtorno mental: a dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo – SP, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental.** Brasília, n. 34, 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados – 10.** Ano VII, nº 10, Brasília, março de 2012.



\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Legislação Brasileira. **Portaria nº 336/GM**, que estabelece as modalidades de CAPS. Brasília, 2002. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8122-336.html?q=sa%C3%BAde+mental>  
Acessado em: 21 de agosto de 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Memória da Loucura – Franco Basaglia. **Disponível em:** <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>.  
Acessado 16/09/2014.

\_\_\_\_\_, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão**. 1ª Ed. Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. – 10ª Ed. Rev. E atual. Brasília: 2012.

COLVERO, L. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 2, n. 38, p. 07-27.

COSTA, I. A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. **Interfaces: Revista de Psicologia**, Salvador, vol. 2, n. 1, p. 73-80, jan./jul. 1999.

CUNHA, Gisele da; RODRIGUES, Jeferson. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. UFSC – Florianópolis, SC, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e psicologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

\_\_\_\_\_, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

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

\_\_\_\_\_, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução Márcia Bandeira Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GOHN, M. G. (org) **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 9, n. 2, abr. 2001.

LANTERI-LAURA, G. Perversões e medicina no século XIX. In: **Leitura das perversões**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. (p. 29-60)

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCHMANN, L. H. H. e RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**: Vol. 12; nº 2; Março/Abril 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MOLAR, Jhonatas de Oliveira. Alteridade: Uma noção em construção. **Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/493\\_215.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/493_215.pdf). Acessado às 22:42** do dia 16/09/2014 (Terça-feira).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação dos transtornos mentais e do Comportamento da CID - 10**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1993.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 12, p. 71-82, fev. 2003. Disponível em: <HTTP://www.interface.org.br/revista12/artigo1.pdf> Acessado 01/11/2014.

PESSOTTI, I. (1994a). Conceito de loucura na Antigüidade. In I. Pessotti. **A loucura e as épocas** (pp. 12-51). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.

\_\_\_\_\_, I. (1994b). A doutrina demonista. In I.Pessotti. **A loucura e as épocas** (pp. 53-120). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.

PINHO, K. L.; PINHO L.P.; LUSSI, I.A.O.; MACHADO, M.L.T. **Relatos de experiência em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde**. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)**. Rio de Janeiro, abr./jun. 2007.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In. Amarante, P. **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000. (p. 267-277)

ROCHA, T.S. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios, possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras, 2012.

ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento do cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 66, p. 28-37, jan./abr. 2004.

\_\_\_\_\_, L.C.S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortes, 2003.

SOALHEIRO, N. I. **Da experiência subjetiva a prática política**: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos. Tese de Doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, RJ, 2003.

SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 14, nº. 06, Nov. – Dez. 2006. Disponível em: [www.revistas.usp.br/rlae](http://www.revistas.usp.br/rlae) Acessado 24 de outubro de 2014.

SURJUS, L. T. L. S. **Narrativas Políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Campinas**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas – SP, 2007.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 9:25-59. jan. - abr. de 2002.

VASCONCELOS, Eduardo. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

\_\_\_\_\_, E (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**. Rio de Janeiro: CORTEZ, 2000.

VIZEU, F. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, Ciência e Saúde-Manguinhos**. Vol. 12, nº 1. Rio de Janeiro- Jan. – Abr. 2005.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Informado

Eu, Jessica Bastos Sampaio, estou pesquisando acerca do protagonismo e autonomia dos usuários semi-intensivos, participantes das atividades grupais no Centro de Atenção Psicossocial I do município de São Félix/Ba. Assim, identificamos o (a) senhor (a) como informante chave para este estudo.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação de aspectos importantes acerca do tema da pesquisa. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Título da pesquisa: Só os loucos sabem: O protagonismo e a autonomia dos usuários semi-intensivos participantes das atividades grupais no Centro de Atenção Psicossocial I de São Félix-Ba.

- Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto
- Não autorizo a identificação do meu nome

Cachoeira, \_\_\_/\_\_\_/2014.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

## **APÊNDICE B**

### **Roteiro Orientador para Entrevistas com os usuários intensivos e semi-intensivos do CAPS.**

#### **DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS:**

- 1. Idade:**
- 2. Estado Civil:**
- 3. Escolaridade:**
- 4. Atualmente você reside com quem?**

#### **DADOS INTERPRETATIVOS:**

- 5. Quantos dias na semana você comparece no CAPS?**
- 6. Quais atividades você realiza aqui?**
- 7. Destas quais você mais gosta?**
- 8. Existe alguma atividade realizada aqui que você não se sente à vontade para fazer?**
- 9. Você prefere as atividades individuais ou em grupo?**
- 10. Em caso de dúvida ou sugestão, a quem você procura? Sua opinião é ouvida?**
- 11. Você se sente integrante do CAPS?**
- 12. Você se sente melhor desde que começou a participar das atividades desenvolvidas aqui?**
- 13. Sua família e seus amigos te apóiam a vir para o CAPS?**
- 14. Os profissionais te ajudam a se relacionar melhor com os colegas e com sua família?**
- 15. Seus colegas te apóiam quando você tem dificuldade em realizar alguma atividade?**
- 16. Quando está passando por algum problema você tenta encontrar a solução sozinho(a) ou pede ajuda? Quem mais lhe ajuda quando está em alguma situação difícil?**
- 17. Defina o que o CAPS representa para sua vida.**

## **APÊNDICE C**

### **Roteiro Orientador para Entrevista com os Profissionais que atuam no CAPS:**

#### **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

- 1. Idade**
- 2. Estado Civil**
- 3. Grau de Instrução/ Profissão:**

#### **ATUAÇÃO NO CAPS:**

- 4. Como chegou ao CAPS? Há quanto tempo trabalha aqui? Como tem sido esse período?**
- 5. Já havia trabalhado em outro espaço ou instituição de saúde mental?**
- 6. Que função/cargo exerce?**
- 7. Como é o trabalho que desenvolve aqui no CAPS? (Descreva-me um dia de trabalho)**
- 8. Alguma experiência ou referência lhe auxilia em seu trabalho?**
- 9. Como se dá o planejamento das atividades que você desenvolve aqui?**
- 10. Em sua opinião qual a finalidade do CAPS?**

#### **RELAÇÃO CAPS/FAMÍLIA**

- 11. As famílias freqüentam e participam do serviço com os usuários?**
- 12. Você considera importante o vínculo entre família e CAPS/ CAPS e família?**
- 13. Quais as situações mais recorrentes que levam o CAPS a procurar a família do usuário?**
- 14. Como você analisa a relação CAPS/ Usuário/Família?**

#### **USUÁRIO E ATIVIDADES GRUPAIS:**

- 15. Você percebe um interesse dos usuários em participarem das oficinas terapêuticas aqui desempenhadas?**
- 16. Qual a importância das oficinas no tratamento dos usuários?**
- 17. Você observa mudanças entre os usuários que participam das atividades grupais e aqueles que realizam atendimento individual?**
- 18. Em sua opinião, os usuários são protagonistas dos seus tratamentos? E de suas vidas?**
- 19. Como sua profissão/atuação pode contribuir para tornar os usuários mais autônomos?**

## **Roteiro Orientador para Entrevista com os Profissionais que atuam no CAPS:**

### **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

- 20. Idade**
- 21. Estado Civil**
- 22. Grau de Instrução/ Profissão:**

### **ATUAÇÃO NO CAPS:**

- 23. Como chegou ao CAPS? Há quanto tempo trabalha aqui? Como tem sido esse período?**
- 24. Já havia trabalhado em outro espaço ou instituição de saúde mental?**
- 25. Que função/cargo exerce?**
- 26. Como é o trabalho que desenvolve aqui no CAPS? (Descreva-me um dia de trabalho)**
- 27. Alguma experiência ou referência lhe auxilia em seu trabalho?**
- 28. Como se dá o planejamento das atividades que você desenvolve aqui?**
- 29. Em sua opinião qual a finalidade do CAPS?**

### **RELAÇÃO CAPS/FAMÍLIA**

- 30. As famílias freqüentam e participam do serviço com os usuários?**
- 31. Você considera importante o vínculo entre família e CAPS/ CAPS e família?**
- 32. Quais as situações mais recorrentes que levam o CAPS a procurar a família do usuário?**
- 33. Como você analisa a relação CAPS/ Usuário/Família?**

### **USUÁRIO E ATIVIDADES GRUPAIS:**

- 34. Você percebe um interesse dos usuários em participarem das oficinas terapêuticas aqui desempenhadas?**
- 35. Qual a importância das oficinas no tratamento dos usuários?**
- 36. Você observa mudanças entre os usuários que participam das atividades grupais e aqueles que realizam atendimento individual?**
- 37. Em sua opinião, os usuários são protagonistas dos seus tratamentos? E de suas vidas?**
- 38. Como sua profissão/atuação pode contribuir para tornar os usuários mais autônomos?**