

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS

UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO – UAD

LUANA BATISTA DE BRITO

**O PAPEL DO CAPS NA CIDADANIZAÇÃO DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL: UMA ANÁLISE NO CAPS INFANTO-JUVENIL DE
SOUSA/PB**

SOUSA

2018

LUANA BATISTA DE BRITO

**O PAPEL DO CAPS NA CIDADANIZAÇÃO DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL: UMA ANÁLISE NO CAPS INFANTO-JUVENIL DE
SOUSA/PB**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Ms. Iarley Pereira de Sousa

Assinatura do Orientador

SOUSA

2018

LUANA BATISTA DE BRITO

**O PAPEL DO CAPS NA CIDADANIZAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO
MENTAL: UMA ANÁLISE NO CAPS INFANTO-JUVENIL DE SOUSA – PB**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovado em 23 de julho de 2018.

Iarley Pereira de Sousa
Orientador

Maria de Lourdes Mesquita
Primeiro Examinador

Hérika Juliana Linhares Maia
Segundo Examinador

SOUSA

2018

Dedico este trabalho a Deus, que me guiou, iluminando minha mente durante toda minha jornada de pesquisa e à minha família, que tanto me incentivou e me deu força. Sem eles eu não teria alcançado esta vitória.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Vera, que através da sua experiência e carinho, de forma incessante, me deu força e, principalmente nas horas de dificuldade, me conduziu ao trilho certo, não me deixando fraquejar.

Ao meu pai Nézio, que, com seu jeitinho manso, sempre me passou tranquilidade nos momentos de desespero.

A minha avó Maria, que, com sabedoria, me fez lembrar que eu devo sempre confiar em Deus. Não tenho dúvidas que Ele foi providencial para a conclusão deste projeto.

A minha prima Lúcia Mara, que com seu bom humor, alegria e compreensão, me acompanhou durante toda esta jornada, sendo um grande suporte na ausência dos meus pais.

Ao meu cunhadinho de coração Pedro, pela preocupação e pelas conversas de incentivo, sempre me colocando para cima.

Ao professor Eduardo Jorge, que, talvez no momento mais crítico deste trabalho, demonstrou carinho, sensibilidade e, com sábias palavras, me fez levantar a cabeça e me deu forças para seguir em frente.

Ao meu orientador, professor Iarley Pereira de Sousa, pela sua paciência, compreensão e competência. Obrigada pela solicitude, pelo empenho e dedicação. Esse trabalho não teria chegado ao fim sem você.

Aos meus amigos que compreenderam o meu momento de reclusão, que me deram conselhos e torceram pela minha vitória.

Aos profissionais do CAPSi de Sousa, que me receberam com muito carinho e atenção.

Por fim, meu muito obrigada a todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a minha formação, para a realização dos meus sonhos e para a conclusão da minha jornada na Universidade Federal de Campina Grande.

“A arte de ser louco é jamais cometer
a loucura de ser um sujeito normal”.

Raul Seixas

RESUMO

A presente monografia tem como tema “o papel do CAPS na cidadanização da pessoa com transtorno mental: uma análise no CAPS infanto-juvenil de Sousa/PB”. O problema envolvido na pesquisa diz respeito a estigmatização do “doente mental” e os desafios para o exercício da sua cidadania. O trabalho atua com a hipótese de que as famílias e a sociedade o próprio CAPS não estão suficientemente preparados para lidar com a pessoa com transtorno mental. O objetivo geral da pesquisa é verificar, na prática, as transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira e de que forma essas mudanças influenciam na convivência comunitária do “louco”, a partir de uma análise no CAPS infanto-juvenil de Sousa/PB. Por sua vez, tem como objetivos específicos: analisar a efetividade do trabalho desenvolvido no CAPS infanto-juvenil da cidade de Sousa/PB para com as pessoas com transtorno mentais; discutir a conduta dos familiares das pessoas com transtorno mental, enquanto sujeito ativo no processo de construção da cidadania do “louco”; evidenciar o comportamento e a importância da sociedade para inclusão social das pessoas com transtorno mental na cidade Sousa/PB. Ao desenvolver a pesquisa, optou-se pelo método de abordagem dedutivo, onde serão analisados os impactos da Reforma Psiquiátrica na reinserção social e cidadanização do “louco”. Quanto ao método de procedimento, o adotado é o método histórico comparativo e o estudo de caso. Quanto à forma de abordagem do problema, a modalidade é a qualitativa. No que tange à natureza, a pesquisa é aplicada, ao passo que os objetivos são explicativos. Quanto ao procedimento técnico, adotou-se o bibliográfico-documental. Estruturalmente, a monografia é dividida em três capítulos: o primeiro faz um apanhado histórico da Reforma Psiquiátrica Brasil, desde a implantação do modelo manicomial à criação da lei 10.216/2001; o segundo explicita as estratégias dos CAPS para consolidação da Reforma, destacando o papel do grupo familiar no novo modelo de assistência; o terceiro destaca a importância ambiental enquanto forma de cuidar e o valor do apoio comunitário na ressocialização do indivíduo com transtorno mental.

Palavras-chave: CAPS; Reforma Psiquiátrica; Pessoa com Transtorno Mental; Cidadania.

ABSTRACT

This monograph has as its theme "the role of the CAPS in the citizenship of the person with mental disorder: an analysis in the young adults CAPS from the city of Sousa, in the state of Paraíba (PB)". The problem involved in the research concerns to the stigmatization of the "mentally ill person" and the challenges to the exercise of their citizenship. The work operates with the hypothesis that families and society and the CAPS itself are not sufficiently prepared to deal with the person with mental disorder. The general objective of the research is to verify, in practice, the transformations brought about by the Psychiatric Reform in Brazilian society and how these changes influence the community coexistence of the "crazy person", based on an analysis made in Children's CAPS in the city of Sousa/PB. On the other hand, it has specific objectives: to analyze the effectiveness of the work developed in the children's CAPS of the city of Sousa/PB for people with mental disorders; discuss the behavior of family members of people with mental disorders as an active subject in the process of building the citizenship of the "crazy person"; to highlight the behavior and importance of society for the social inclusion of people with mental disorders in the city of Sousa / PB. To develop the research, the method of deductive approach was chosen, in which the impacts of the Psychiatric Reform on the social reintegration and citizenship of the "crazy" will be analyzed. As for the procedure method, the adopted is the comparative historical method and the case study. Regarding to the approach of the problem, the modality is qualitative. As far as nature is concerned, the research is applied, while the objectives are explanatory. Concerning to the technical procedure, the bibliographic-documentary one was adopted. Structurally, the monograph is divided into three chapters: the first one makes a historical outline of the Psychiatric Reform in Brazil since the implantation of the asylum model to the creation of the law 10.216 / 2001; the second one explains the strategies of the CAPS to consolidate the Reform, highlighting the role of the family group in the new assistance model; the third emphasizes the importance of environment as a way of caring and the value of community support in resocializing the mentally ill person.

Keywords: CAPS; Psychiatric Reform; Person with Mental Disorder; Citizenship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPSAD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

CAPSI – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

MTSM – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PTS – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

REME – RENOVAÇÃO MÉDICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TC – TERAPIA COMUNITÁRIA

UA – UNIDADE DE ACOLHIMENTO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM PANORAMA HISTÓRICO ..	13
1.1 O modelo manicomial: um passe livre para a desumanização.....	13
1.2 A desinstitucionalização de Franco Basaglia: um breve apanhado.....	16
1.3 O Movimento Antimanicomial e o despertar para um novo modelo de assistência ao doente mental no Brasil.....	19
1.4 Lei Paulo Delgado: a exterminação da indústria manicomial.....	21
2 OS CAPS E OS DESAFIOS PARA A CIDADANIZAÇÃO DO SUJEITO.....	24
2.1 As estratégias e o funcionamento dos CAPS.....	24
2.2 A família e sua coparticipação na construção do sujeito cidadão	30
2.3 O resgate da autonomia e a codadanização do “louco”: um desafio para os CAPS.....	33
3 COMPREENDENDO A CRIANÇA E O ADOLESCENTE – CAPS INFANTOJUVENIL DE SOUSA/PB: UMA BREVE ANÁLISE	37
3.1 O espaço esquanto forma de cuidar	38
3.2 O apoio comunitário e o protagonismo do usuário	42
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS.....	46

INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como tema o papel do CAPS na cidadanização das pessoas com transtorno mental: uma análise no CAPS infanto-juvenil da cidade Sousa/PB. Partindo do que é observado pelas transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e a conseqüente criação da rede CAPS, a pesquisa tem como problema: a estigmatização do “louco” e os desafios da convivência comunitária. Estão as famílias, os CAPS e a sociedade prontas para lidar com pessoas com transtorno mental? Fazendo um resgate histórico e uma análise da aplicação da lei 10.216/01 (Lei Paulo Delgado), a hipótese levantada por esta pesquisa é a de que: apesar do notório avanço decorrente da Reforma Psiquiátrica e da conseqüente criação da lei 10.216/01, as famílias e a sociedade não estão suficientemente preparadas para lidar com o “doente mental”. Tal constatação é decorrente de uma herança cultural, por isso é necessário que os serviços ofertados pelos CAPS sejam acompanhados de políticas públicas em prol dos familiares dos “doentes mentais” e de trabalhos de conscientização dos mesmos junto à sociedade.

Este trabalho tem, portanto, o objetivo de verificar, na prática, as transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira e de que forma essas mudanças contribuem para a construção da cidadania dos indivíduos com transtorno mental, a partir de uma análise do funcionamento do CAPS infanto-juvenil de Sousa/PB.

Tem como objetivos específicos, por sua vez, analisar a efetividade do trabalho desenvolvido no CAPS infanto-juvenil da cidade de Sousa/PB para com as pessoas com transtorno mentais; discutir a conduta dos familiares das pessoas com transtorno mental, enquanto sujeito ativo no processo de construção da cidadania do “louco”; evidenciar o comportamento e a importância da sociedade para inclusão social dos indivíduos com transtorno mental na cidade Sousa/PB.

Impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, diversas são as discussões a respeito dos “doentes mentais” no Brasil, atualmente. Com o intuito de substituir as internações manicomiais, descentralizando as clínicas e criando um conceito de tratamento, baseado na participação familiar e na inclusão social, a Reforma

Psiquiátrica ainda enfrenta resistência no país, muito em função da falta de preparo das famílias e da concepção distorcida da sociedade para com os “doentes mentais”.

As atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental, desospitalizando e desinstitucionalizando a assistência, tornaram a família a principal responsável pelo cuidado do usuário. Nesta modalidade de atendimento, os pacientes recebem o acompanhamento médico que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecem com seus familiares. Não obstante, é pertinente questionar: qual o preparo dessas famílias para lidar com o problema? O governo oferece algum tipo de ajuda para esses familiares? Essas pessoas possuem qualificação para enfrentar os percalços que por ventura possam aparecer no convívio com o “doente mental”? Muitas são as perguntas e poucas são as respostas.

Por tudo isso, este trabalho justifica-se pela necessidade de quebrar-se paradigmas, desconstruindo o conceito de que a pessoa com transtorno mental é um incapaz e esclarecendo que, com o devido tratamento, eles podem sim conviver em sociedade, exercer suas atividades civis e ter uma vida digna.

Estruturalmente, a monografia está em dividida em três capítulos. No primeiro, intitulado “Reforma Psiquiátrica no Brasil: um panorama histórico”, far-se-á um apanhado histórico sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde a implantação do modelo manicomial à criação da lei 10.216/2001, destacando as ideias de Robert Castel, Franco Basaglia, Erving Goffman e Paulo Amarante.

A partir dessa análise, o segundo, cujo título é “os CAPS e os desafios para cidadanização do sujeito”, destacará de que maneira as Redes de Atenção Psicossociais, capitaneadas pelos CAPS, contribuíram para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país, destacando a importância das famílias e das atividades terapêuticas no exercício da cidadania dos usuários.

Por fim, o terceiro capítulo, intitulado “compreendendo a criança e o adolescentes – CAPS infanto-juvenil Sousa/PB: uma breve análise”, abordará sobre a pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Sousa/PB, destacando a importância da ambiência na aceitação do usuário e na eficácia do tratamento e o valor do apoio comunitário na ressocialização das pessoas com transtorno mentais.

Ao desenvolver a pesquisa, optou-se pelo método de abordagem dedutivo onde serão analisados os impactos da Reforma Psiquiátrica na reinserção social e cidadanização do “louco”. No que concerne ao método de procedimento, o adotado é o método histórico comparativo e o estudo de caso, afim de embasar o estudo no contexto social no que diz respeito à conquista de direitos dos “doentes mentais” e analisar a efetividade do CAPS infanto-juvenil de Sousa/PB enquanto agente no processo de resgate de autonomia e reinserção social dos “doentes mentais” a partir de visitas periódicas realizadas ao longo do mês de junho. Quanto à forma de abordagem do problema, a modalidade é a qualitativa. No que tange à natureza, a pesquisa é aplicada, ao passo que os objetivos são explicativos. Quanto procedimento técnico, adotou-se o bibliográfico-documental.

1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM PANORAMA HISTÓRICO

Antes de mais nada, é preciso mencionar que todo processo que culminou com a chamada Reforma Psiquiátrica é fruto de uma ávida necessidade de transformação tanto no campo teórico, como no campo prático da Psiquiatria. A crueldade com a qual o “louco” era tratado à época do modelo manicomial brasileiro era um abuso e uma afronta à condição de ser humano de qualquer indivíduo. Diante desse cenário, a necessidade de mudança era latente e imprescindível.

1.1. O modelo manicomial: um passe livre para a desumanização

Em meados do século XIX, foi construído na cidade do Rio de Janeiro o primeiro hospício brasileiro, o chamado Hospício Dom Pedro II. Inicialmente, é preciso atentar-se para o contexto histórico-político pelo qual o país se encontrava à época, uma vez que a construção dessa “casa de loucos” representava não só uma tentativa de estabilidade ao governo de Dom Pedro II, como também uma mensagem implícita de que o país seguia as tendências da ciência moderna impulsionadas na França, o chamado alienismo francês (TEXEIRA; RAMOS, 2012).

Como lembra Costa *apud* Texeira e Ramos (2012), após longos anos de instabilidade decorrentes do período regencial, o país buscava se organizar em torno de um poder central e soberano, na tentativa de consolidar-se como nação brasileira. O hospício Dom Pedro II representava, portanto, o símbolo da ordem e do poder absoluto. Paralelamente, ocorria a promulgação da Lei 30 de junho de 1838 a qual elevava os asilos de alienados ao que mais de moderno existia na medicina hospitalar da época (TEXEIRA; RAMOS, 2012). Diante disso, a construção de um hospital psiquiátrico transmitia a mensagem de que o país estava em sintonia com a modernidade científica e tecnológica.

Deve-se atentar ainda, que a necessidade de impor a ordem não convergia com a presença de indivíduos que infringiam a cultura e os costumes sociais, tornando difícil a concretização de uma “civilidade”. Também por isso, a necessidade de extirpar o “louco” do convívio social.

Amarante (2006) destaca as ideias de Robert Castel sobre a síntese alienista:

Em *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, Robert Castel analisa as estratégias adotadas na construção do que ele denomina de síntese alienista. E destaca, em primeiro lugar, o conceito de alienação mental como distúrbio da razão, que torna o alienado alguém incapaz de exercer a cidadania, historicamente resgatada como princípio da democracia e da república instalada na França revolucionária de Pinel.

[...]

Um segundo aspecto discutido por Castel é o princípio do isolamento, recurso necessário para retirar o alienado do meio confuso e desordenado e incluí-lo em uma instituição disciplinar regida por regulamentos, normas, rotinas, mecanismos vários de gestão da vida cotidiana que, em tese, reordenariam o mundo interno do alienado e o resgatariam para a razão.

Amarante (2006) ressalta por fim que “essa perspectiva já delinea o terceiro aspecto da síntese alienista, que caracteriza a estratégia denominada tratamento moral, um conjunto de medidas que submeteriam o alienado ao jugo da ordem e da norma”.

Analisando sob a ótica alienista, é possível observar que esse modelo de internação manicomial prega a segregação dos “doentes mentais” e enxerga o “louco”

como alguém incapaz de conviver em sociedade, inferiorizando-o como um simples obstáculo à ordem social.

Não bastasse a exclusão da coexistência em sociedade, os usuários em internação manicomial por diversas vezes eram maltratados e abandonados como indigentes, recebiam tratamento extremamente desumano e cruel. Um completo descaso, tudo em favor da norma e da ordem (AMARANTE, 2006). De acordo com Goffman *apud* Aragão (2008) os internos eram severamente punidos quando descumpriam às ordens institucionais ou apresentavam qualquer tentativa de ação autônoma. Os dirigentes agiam com o único objetivo de ratificar sua hierarquização de poder.

Goffman (1961) enxergava os hospícios como sendo instituições totais:

Uma Instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

[...]

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais "fechadas" do que outras. Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais.

Goffman (1961) explicita ainda que “o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas – seja ou não uma necessidade ou meio eficiente de organização social nas circunstâncias – é o fato básico das instituições totais”.

Outro ponto importante diz respeito à relação entre os internados e os administradores das instituições. A parede mencionada por Goffman (1961) no que tange a interação dos usuários com o mundo fora das instituições também pode ser observado na relação paciente/dirigente, como podemos observar:

Cada agrupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis - a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança: os internados muitas vezes veem os dirigentes como condescendentes,

arbitrários e mesquinhos, Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.

Como visto, não há qualquer elo de confiança estabelecido entre os internados e os dirigentes asilares, de modo que impossibilita qualquer forma de gestão e tratamento democráticos.

O novato chega ao estabelecimento com urna concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, _imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa urna série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado (GOFFMAN, 1961)

Diante disso, nos deparamos com um “eu” extremamente menosprezado, alienado da própria condição a que está submetido. A estigmatização sobre o “louco” é tamanha a ponto do próprio paciente incorporar o discurso de sociedade “normal”, fazendo-o perder sua própria identidade.

Para Tenório (2001) *apud* Aragão (2012) o “louco” perdeu completamente a sua condição de ser humano. O enfoque da psiquiatria era restrito à descrição dos sistemas classificatórios da doença, do aprisionamento e aplicação de fármacos, passado o paciente para segundo plano, rebaixado a um mero instrumento de análise, sem qualquer tentativa de esforços terapêuticos.

O modelo manicomial tinha como conceito central a restrição do convívio social, a institucionalização e a objetificação do “louco” enquanto doente mental. Em protesto a essas ideias, surge na Itália, sob a idealização de Franco Basaglia, a chama psiquiatria democrática, que tinha como alicerce a autonomia das ações, a valorização do “louco” à condição de cidadão, a desinstitucionalização e a implantação de novas técnicas terapêuticas.

1.2. A desinstitucionalização de Franco Basaglia: um breve apanhado

Basaglia era defensor de transformações na psiquiatria (teórico-prático/político) e na assistência em saúde mental. Ele questionou o conceito de doença mental, responsável pela marginalização e aprisionamento do “louco”, separando o objeto da doença, do sujeito e toda sua existência e sofrimento.

Jorge e Bezerra (2004) reforçam a ideia de Basaglia:

Na proposta da Reforma os conceitos são ressignificados. A doença, antigo foco do cuidar, cede espaços para a saúde, pensada de forma processual, dimensionando as expressões da condição da vida humana em determinada sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diversas competências dos sujeitos para enfrentar desafios, agressões, conflitos e mudanças sociais.

[...]

O ser humano passa a ser pensado na sua integralidade, não apenas como corpo físico depositário das patologias orgânicas, sem a contextualização do adoecer ou, ao contrário, como mente dissociada das condições de produção da existência.

Suas ideias tinham como ponto de partida a transformação dos espaços e a liberdade do paciente, ou seja, o fim das instituições fechadas e a busca pela autonomia das ações.

De fato só agora o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual ele mesmo o privava. A necessidade de um regime, de um sistema, na complexa organização do espaço fechado em que o doente mental foi isolado durante séculos, atribuía ao médico o mero papel de vigilante, de tutor interno, de moderador dos excessos a que a doença podia levar: o valor do sistema superava o do objeto de seus cuidados (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 2005).

Basaglia *apud* Amarante (2005) acreditava que a liberdade era uma forma do paciente mudar sua perspectiva sobre o mundo e sobre si próprio, era um passo para o reestabelecimento da sua identidade, antes perdida devido a condição mórbida das instituições fechadas e pelo longo período de hospitalização.

O novato, no momento em que ingressa no complexo sistema de internação, deve deixar atrás de si os vínculos que não pode mais

manter, os projetos que já não poderá realizar, enfim, a vida que não poderá viver, pois o próprio hospital o impede de continuar a buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro, inibindo a conquista da própria subjetividade (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 2005).

Ensejando o discurso de liberdade pregado por Basaglia, Foucault (2003) *apud* Amarante (2005) afirma que “não se assiste a uma libertação dos “loucos”, e sim uma objetificação do conceito da sua liberdade”.

A liberdade defendida por Basaglia não se restringia apenas ao campo físico. Ele acreditava que, assim como as instituições fechadas, os fármacos também possuíam um poder institucionalizante.

[...] se o medicamento for administrado num ambiente seriamente institucionalizante: se o hospital, simultaneamente à ação do fármaco, não fizer um movimento de defesa da liberdade, de cuja a perda o doente já padece, o medicamento – ao lhe proporcionar, com sua ação, um limite mais vasto de consciência – aumentará nele a convicção de estar definitivamente condenado, e de que nenhuma apelação poderá rever a sentença inicial (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 2005).

Ele pondera, no entanto, que essa condição institucionalizadora era decorrente do modo como se encarava a medicalização, ou seja, como um mero instrumento de controle da doença. A partir do momento que os fármacos são vistos como um meio libertador, as perspectivas e a forma como o “louco” encara sua condição de doente são transformadas. Se condicionados à busca da libertação interior dos internos, os fármacos podem desfazer o estigma de homem inferior, sem perspectivas e sem identidade, ressurgindo ao “louco” a possibilidade de recuperar sua identidade por si próprio, abrindo, dessa maneira, a porta oclusa a qual ele mesmo se fechou.

De acordo com Rotelli *et al. apud* Lougon (1993), a desconstrução das instituições totais ultrapassa o campo físico e foca, principalmente, na forma como lidar com as pessoas, enfatizando que esse processo deve se estender para a comunidade, na tentativa de, gradativamente, modificar as relações destrutivas que pairam a sociedade e as famílias.

Basaglia começou a aplicar suas teorias em prática e iniciou, em Trieste, um processo de desmontagem da estrutura manicomial, com a criação de novos espaços terapêuticos (abertos) e um novo modo de lidar com o “doente mental”. Essa

experiência em Trieste foi um sucesso e preponderante para aprovação da lei 180 (Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana), que prevê o fechamento dos manicômios e a recuperação da cidadania do “louco” (ROTELLI *apud* ARAGÃO, 2012). Esse processo foi um grande influenciador do que hoje conhecemos como Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1.3. O Movimento Antimanicomial e o despertar para um novo modelo de assistência ao “doente mental” no Brasil

O contexto político-econômico-social no qual se encontrava o país foi preponderante para a transformação nos conceitos de saúde e assistência. O desenvolvimento do capitalismo no Brasil foi caracterizado por um modelo econômico extremamente concentrador o qual ficou ainda mais evidente após o Golpe Militar de 1964, onde foi construída uma organização social marcada por profundas desigualdades e concentrações de renda. É nesse contexto que se observa um crescente êxodo rural e, conseqüente, migração para as periferias dos centros urbanos, acarretando na formação de grandes latifúndios (BRASIL, 1988)

Essa migração é fruto da busca por melhores condições de vida e de trabalho e foi de grande valia para o modelo econômico assumido, uma vez que, como efeito dominó, criou um grande contingente de força de trabalho, crescendo a procura por emprego, barateado, assim, a mão de obra e aumentando o lucro das classes dominantes, agravando as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração de grande parte da classe trabalhadora (BRASIL, 1988).

[...] esta situação determinou, por sua vez, a precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira. Por outro lado, pelas circunstâncias assinaladas, de enorme disponibilidade da força de trabalho no mundo capitalista, além da multiplicação do ritmo de produção, a luta pela melhoria das condições de trabalho fica seriamente comprometida. Daí ser a jornada de trabalho, em nosso país, uma das maiores dentre as nações mais industrializadas do mundo capitalista (BRASIL, 1988).

[...]

Com efeito, como importantes e significativos estudos mostram, este quadro determina um extenso e grave perfil de morbidade em nosso país e um elevado número de mortes e acidentes no trabalho: dados

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 1980, revelam 12 mortes e mais de 3.000 acidentes diários de trabalho (BRASIL, 1988).

É diante desse cenário que emerge a necessidade de ampliação do conceito de saúde, pautando-o em mudanças substanciais no tocante às condições materiais de vida. Neste sentido, “não basta apenas a reformulação do setor saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, é fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado” (BRASIL, 1988).

Ao final dos anos 70, os anseios pela redemocratização do país culminaram com várias críticas à assistência pública em saúde. É nesse contexto que o Movimento da Reforma Sanitária se articula para elaborar alternativas e reformular o sistema nacional de saúde. No que diz respeito à saúde mental, a ideia era de humanização dos asilos, aperfeiçoamento técnico dos profissionais e ampliação da assistência (BRASIL, 1988).

A luta pelo fim do sistema manicomial começa a ganhar destaque no período de abertura do Regime Militar, com as primeiras manifestações no setor da saúde, através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME) – espaços de discussão crítica da área –. É por meio desses setores que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2006). Tal movimento foi um dos grandes responsáveis por denunciar ao governo militar os esquemas de fraude, tortura e corrupção deflagrados, principalmente, no sistema nacional de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2010). É verdade que muitas dessas manifestações eram embasadas por cunho político e econômico, haja vista o contexto do fim do milagre econômico e da busca pela retomada do Estado de Direito (NUNES; JACOBI *apud* SANTO *et al.*, 2016).

As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2006).

De acordo com Tenório (2002), três processos foram importantes para a consolidação do movimento da reforma na década de 80, são eles: a ampliação dos atores sociais envolvidos, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências bem-sucedidas na perspectiva de um novo cuidado em saúde mental.

Em 1987, dois eventos destacam-se na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a Primeira Conferência em Saúde Mental – desdobramento à 8ª Conferência Nacional em Saúde – e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

A Primeira Conferência Nacional em Saúde Mental representa um marco na história da psiquiatria brasileira, uma vez que representou todas as aspirações da comunidade científica da área, que acreditava que a política nacional em saúde mental devia está integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal.

O evento estruturou-se a partir de três temas básicos: economia sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e o “doente mental”; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do “doente mental” (AMARANTE, 2010).

“O II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental propôs uma mudança nas premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica” (BRASIL, 1992). Além disso, o evento teve como principais deliberações: a) a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial formado por familiares e usuários dos serviços em saúde mental, trabalhadores e qualquer um que estivesse em favor da luta; b) instituição do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial; c) adoção do lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” (AMARANTE, 2010). De acordo com Rotelli *apud* Amarante (2010) o movimento reorganiza as reivindicações no campo da saúde mental, agora muito mais influenciado pelo movimento da psiquiatria democrática italiana.

1.4. Lei Paulo Delgado: a exterminação da indústria manicomial

Em 1989, o deputado Paulo Delgado criou o projeto de lei n.3.657/89 conhecido como “Projeto Delgado”. Tal projeto “regulamentava a extinção gradual dos manicômios, os direitos do doente mental e a criação de recursos substitutivos ao tratamento manicomial” (SANTO *et al.*, 2016).

Segundo Amarante (1994) *apud* Aragão (2012), a apresentação do projeto de lei propeliu as discussões em volta do tema, de modo a popularizar a causa da reforma, impulsionando transformações efetivas. O projeto passou por diversas modificações no senado até que em 2001 foi promulgado, convertendo-se na lei nº 10.216/2001. Essa lei representa um grande passo rumo às melhorias na saúde e assistência ao “doente mental”, uma vez que ela estimulou a criação das primeiras leis municipais/estaduais, portarias e resoluções que buscavam a substituição do antigo modelo de assistência por uma rede integrada de cuidados em saúde mental.

Em substituição ao modelo manicomial e seguindo as diretrizes da Lei 10.216/01, surgiu no Brasil a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que busca “garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade”. (BRASIL, 2013)

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. (BRASIL, 2005)

Para atender as demandas de inclusão do “louco” não basta apenas a promoção de um serviço, é essencial a interligação entre os diversos equipamentos da cidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013)

[...]

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). (BRASIL, 2013)

A RAPS está presente ainda na Unidade Básica de Saúde, nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, nos Consultórios de Rua e nos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório. (BRASIL, 2013)

A RAPS tem como principais diretrizes: a) respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; b) promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; c) combate a estigmas e aos preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; d) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; e) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; f) desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sóciosanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004)

Onocko-Campos e Furtado (2006) *apud* Leal e Antoni (2013) reforçam:

[...] os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Ainda apontam que, com as características de um atendimento que deve romper com o modelo de atenção manicomial, é importante que se constitua um serviço alinhado aos princípios do SUS, promovendo uma clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que acaba por caracterizar os CAPS como serviços de saúde particularmente complexos.

Como exercem papel fundamental na articulação da RAPS, é essencial compreender o funcionamento, as estratégias e as dificuldades dos CAPS.

2 OS CAPS E OS DESAFIOS PARA A CIDADANIZAÇÃO DO SUJEITO

Como foi dito no capítulo anterior, os CAPS fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial e surgem como medida substitutiva aos hospitais psiquiátricos, com a perspectiva de reinserção social e promoção da autonomia dos pacientes.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. (BRASIL, 2005)

2.1 As estratégias e o funcionamento dos CAPS

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

Para melhor compreensão das características e articulações dos CAPS, é fundamental ter-se uma noção de território. Segundo Vieira Filho e Nóbrega (2004), o território não é apenas um espaço geográfico delimitado, é o ponto de referência

cultural em que se vive em conjunto com outras pessoas – constituído por uma diversidade de situações pessoais, familiares e sociais. Essa conceituação norteia a rede de atenção em saúde mental, uma vez que os CAPS devem atuar em consonância com outros serviços da comunidade, na busca pela reinserção social dos pacientes.

O Ministério da Saúde (2004) segue o mesmo entendimento:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

Os Centros de Atenção Psicossociais são distinguidos de acordo com o porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e se organizam de acordo perfil populacional dos municípios brasileiros. O perfil populacional, apesar de ser critério principal para distribuição dos CAPS, deve ser encarado apenas como um orientador para o planejamento das ações em saúde, cabendo ao gestor local definir quais equipamentos melhor respondem às demandas dos “doentes mentais” no município. (BRASIL, 2005)

Os CAPS I são aqueles considerados de menor porte, cuja capacidade de efetividade do serviço ocorre em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Esses serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, com escolaridade entre o nível médio e o superior, e tem como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante cinco dias úteis da semana e tem capacidade para atendimento de cerca 240 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

A equipe técnica mínima para atendimento de vinte pacientes por turno e trinta, no máximo, por dia é composta por: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três de profissionais de nível superior entre as seguintes categorias

profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; (BRASIL, 2002).

Além disso, a assistência prestada pelo CAPS I desempenha atividade de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social, de maneira que os pacientes que são assistidos em um turno (4 horas) recebem uma refeição diária e os pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) recebem duas refeições diárias (BRASIL, 2002).

Os CAPS II são aqueles cuja capacidade é de médio porte, e assistem municípios com população acima dos 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, com escolaridade entre o nível médio e o nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005).

A equipe técnica mínima para atendimento de trinta pacientes por turno e quarenta e cinco, no máximo, por dia é composta por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; três de profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; (BRASIL, 2002).

No tocante às atividades desempenhas, os CAPS II possuem as mesmas designações que os CAPS I, diferenciando-se apenas pelo porte.

Os CAPS III representam o serviço de maior porte da rede CAPS, que normalmente dão cobertura para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Os Centros de Atenção Psicossociais III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana

e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, com escolaridade entre o nível médio e o superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

Os serviços prestados pelos CAPS III são os mesmos desempenhados pelos CAPS II com a diferença que, ao contrário deste, o CAPS III oferece acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana (no máximo 5 leitos), para eventual repouso e/ou observação. Além disso, os pacientes que permanecerem no serviço durante as 24 horas contínuas terão direito a quatro refeições diárias. Por fim, é importante ressaltar que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002). Essa medida é necessária para evitar longos períodos de internação como eram frequentes no modelo manicomial.

A equipe técnica mínima para atendimento de quarenta pacientes por turno e sessenta, no máximo, por dia é composta por: dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental; cinco de profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; oito profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para o acolhimento noturno, em plantões corridos de doze horas, a equipe deve conter: três técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; um profissional de nível médio da área de apoio. Para as doze horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: um profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; três técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; um profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002).

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e, normalmente, dão cobertura para municípios com população

acima dos 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2005).

A equipe técnica mínima para atendimento de quinze pacientes por turno e vinte e cinco, no máximo, por dia é composta por: um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; (BRASIL, 2002).

O CAPSi funciona das 8h às 18h, durante dois turnos, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21h. No que tange às atividades desenvolvidas, o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil desempenha os mesmos serviços do CAPS II, acrescido do desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente, com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2002).

Os CAPSad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, dão cobertura para cidades acima de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSAD é composta por 13 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2005).

A equipe técnica mínima para atendimento de vinte e cinco pacientes por turno e quarenta e cinco, no máximo, por dia é composta por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário

ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; (BRASIL, 2002).

O CAPS enquanto política de atenção psicossocial deve proporcionar um ambiente acolhedor, numa estrutura física adequada que possibilite a interação de uma rede social capaz de se preocupar com a singularidade do sujeito, sua história de vida, sua subjetividade, cultura e vida cotidiana e também identificar as dificuldades e limitações dos familiares em cuidar do portador de transtorno mental, ou seja, a atuação do CAPS vai além da busca da melhora dos sintomas e do quadro clínico do usuário (FONSECA; COSTA, 2013).

Isto posto, percebe-se que os CAPS possuem papel fundamental no desenvolvimento das RAPS e atuam como agentes importantes no tratamento e na ressocialização do usuário, promovendo serviços que vão além do seu espaço físico.

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O cuidado, na esfera do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo constante processo de cogestão (BRASIL, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. (BRASIL, 2015)

“O CAPS deve produzir territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em seus aspectos mais cotidianos, pois, é do cotidiano, principalmente, que se encontram privados os chamados doentes mentais” (KANTORKI, *et al.*, 2011).

Por maior que seja o esforço dos CAPS na promoção de atividades individuais terapêuticas, esse serviço não pode permanecer restrito ao ambiente dos Centros de Atenção Psicossociais. Ao contrário, para efetividade do propósito de reinserção, é primordial a extensão desse projeto para a vida cotidiana. Percebe-se, dessa maneira, que a coparticipação familiar é fundamental na condução desse processo. Por isso, é essencial compreender de que maneira as famílias atuam na emancipação da pessoa com transtorno mental.

2.2 A família e sua coparticipação na construção do sujeito cidadão

De acordo com Guedes (2008):

A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. É a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal a que pertence um indivíduo e, o local onde se vivência um conjunto de experiências fundamentais para a formação da sua personalidade.

Borba *et al.* (2010) afirma que a família, historicamente, foi excluída da participação no tratamento das pessoas com transtornos mentais, uma vez que, além dos hospícios psiquiátricos serem construídos longe das metrópoles, tinha-se o entendimento de que a família era a produtora da doença, haja vista que o membro adoentado era tido como “bode expiatório”, aquele que carregava as moléstias do núcleo familiar, devendo ser afastado daqueles que seriam os causadores da sua enfermidade.

Philippe Pinel – pioneiro no tocante à assistência psiquiátrica – considerava que a hereditariedade, a influência na educação e o desregramento no modo de viver eram os principais causadores morais da alienação mental, de modo que a mudança do ambiente residencial foi definida como a forma de tratamento (GUEDES, 2008).

Sob essa perspectiva, restava à família o dever de encaminhar seu parente às instituições psiquiátricas, a fim de que os profissionais responsáveis se encarregassem do tratamento e da cura do paciente.

Rosa (2008) *apud* Vieira (2011) reforça:

Com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de doença mental passa a ser medicalizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. Há, portanto, a ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar. À família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia.

Essa relação começou a ser alterada diante novo conceito de assistência que, além de tornar mais fácil o acesso aos familiares – uma vez que os CAPS estão distribuídos em pontos privilegiados dos municípios –, tornou a família peça importante na recuperação do “louco”.

Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004).

Nota-se, portanto, que a relação entre a família e o “louco” é, a partir de agora, pautada numa assistência integral, voltada para a reabilitação e reinserção social do paciente, tornando-a agente importante desse processo. A família aparece, portanto, como a ponte que liga o “louco” ao mundo real, tentando compreender o estágio psíquico do doente e fazendo-o entender sua condição de sujeito humanizado, na tentativa de aproximá-lo do convívio social.

Algumas considerações, no entanto, devem ser feitas. Campos (2001) *apud* Martins e Lorenzi (2016) “critica como a idealização da loucura e negação da doença

acabam negando também dificuldades concretas e materiais do viver com o sofrimento psíquico”. Ocorre que, por vezes, a família encontra-se fragilizada, sem alternativas e sem recursos para lidar com o cotidiano da vida de um “doente mental”.

Tsu (1993) *apud* Pegoraro (2009) expõe:

[...] penalizada duramente e sem condições de arcar com despesas básicas relativas à sobrevivência, pois sem a melhoria das condições concretas de existência, as experiências de desospitalização podem não funcionar, já que: Sobrecarregada pelas dificuldades decorrentes da baixa renda, a família não suporta o convívio com a psicose, tanto devido a fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros ligados ao fato de ter de prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais.

Nesse contexto, a internação acaba por se tornar um subterfúgio das famílias frente às responsabilidades que lhe são atribuídas enquanto detentoras da custódia do “doente mental”. Livrar-se, nem que momentaneamente, dos gastos com alimentação e medicamentos, das tensões cotidianas provocadas por comportamentos “inapropriados” do “louco” soa como alívio para o grupo familiar que vive sobrecarregado com suas obrigações.

Carvalho (1994) *apud* Vieira (2011) discute a respeito da participação das famílias dos usuários nas políticas sociais, identificando a necessidade de criação de programas que gerem emprego e renda, uma rede de serviços comunitários e apoio psicossocial e cultural às famílias, além de uma complementação na renda familiar. Essas medidas são necessárias, uma vez que o grupo familiar é fundamental na promoção à vida comunitária e, por isso, precisa dispor de suporte e condições dignas para manter-se como sujeito ativo desse processo.

Com essa perspectiva, é crucial, a compreensão familiar acerca da doença psíquica do “louco”, pois é a partir dessa percepção que a família passa a criar maneiras para encarar o cotidiano do “doente mental”. Isto posto, é fundamental a promoção de eventos que esclarecem dúvidas sobre a doença, o cuidado e formas de lidar com o paciente, oferecendo alternativas que facilitem esse processo.

Olschowsky (2008) *apud* Pegoraro (2009) endossa:

O vínculo ao serviço entra também como um recurso de vencer as resistências da família nessa parceria, pois no convívio diário, na troca das informações, no esclarecimento das dúvidas, na descoberta de diferentes modos de fazer o cuidado em saúde mental é que vão estruturar-se propostas de atenção, de agir, de considerar, de aceitar as individualidades dos usuários e das famílias.

A família exerce um papel de destaque na recuperação das pessoas com transtorno mental, mas, antes de qualquer coisa, é preciso norteá-la para que ela compreenda de que maneira ela deve agir diante de um momento de dificuldade.

[...] a família ao participar do cuidado de seus entes tem papel determinante no sucesso do tratamento. O domicílio é um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, desde que a família receba orientação e suporte dos serviços de saúde para isso (CARDOSO; GALERA, 2010).

Os serviços ofertados pelos CAPS, embasados numa maior participação familiar e comunitária tem como essência a reinserção social do usuário, a busca pela autonomia das ações do sujeito e favorecer o pleno exercício da sua cidadania. Para tanto, são promovidas oficinas terapêuticas, estabelecidos planos individuais de atividades e, principalmente, é dado ao usuário o direito de escolha.

2.3 O resgate da autonomia e a cidadanização do “louco”: um desafio para os CAPS

O direito à saúde mental “é um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional”. (BRASIL, 2012)

À época do modelo hospitalocêntrico, o “louco” era tratado como coisa, não possuía direitos, não podia coexistir entre os “normais”, era maltratado e estigmatizado. Por isso, um dos principais desafios dos CAPS é a busca pela cidadanização dos indivíduos com transtornos mentais.

Guarinello (2013) *apud* Moraes (2013) entende que:

[...] cidadania implica sentimento comunitário, processos de inclusão de uma população, um conjunto de direitos civis, políticos e econômicos [...] a essência da cidadania, se pudéssemos defini-la, residiria precisamente nesse caráter público, impessoal, nesse meio neutro no qual se confrontam, nos limites de uma comunidade, situações sociais, aspirações, desejos e interesses conflitantes.

A busca pela construção do sujeito cidadão é, portanto, suscitar o pleno exercício dos seus direitos civis, políticos e econômicos; libertá-lo do seu auto aprisionamento e da dependência familiar, tornando-o protagonista do seu próprio tratamento.

O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica pode favorecer a apropriação, pelos usuários, do seu próprio projeto terapêutico através do Terapeuta de Referência, que é uma pessoa fundamental para esse processo e precisa pensar sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o serviço e com os profissionais e estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais. (BRASIL, 2004)

[...]

Os usuários devem ser incentivados a criar suas associações ou cooperativas, onde possam, através da organização, discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassem as possibilidades de atuação dos CAPS. (BRASIL, 2004)

Esse poder de escolha concebido ao usuário é uma grande conquista na luta pela autonomia das suas ações.

Para efetivação desse processo, são realizadas oficinas e grupos terapêuticos que visam uma maior integração social e familiar. Essas oficinas podem ser realizadas desde pinturas, desenhos, dança, textos, fotografias a atividades geradoras de renda como culinária, costura e artesanatos.

O projeto terapêutico deve estar voltado para a individualidade do portador de sofrimento mental, não devendo ser visto como algo meramente normativo, mas que alcance os objetivos propostos. Para tal, alguns aspectos são fundamentais como: flexibilidade,

redimensionamento e avaliação constante por parte da equipe que assiste esta pessoa, podendo resultar assim, numa excelência da qualidade da atenção ofertada (MARZANO; SOUSA, 2004).

As oficinas terapêuticas configuram uma valorosa ferramenta de ressocialização e inserção individual e coletiva, visto que promove o trabalho, o agir e o pensar coletivo, a partir de uma lógica de respeito à diversidade e à subjetividade e de estímulo à capacidade de cada pessoa.

Ibiapina *et al.* (2017) esclarece:

[...] as oficinas terapêuticas, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, objetivam se diferenciar em relação às suas práticas antecessoras e apontam, também, para a necessidade de atuação diversificada da equipe multidisciplinar. Assim, ao invés de rotular o sujeito que sofre de uma patologia, propõe-se que, por meio da escuta, haja a possibilidade de o indivíduo compartilhar suas experiências e sentimentos e de perceber que o profissional de saúde pode contribuir para a reabilitação psicossocial desse sujeito.

Segundo Bechelli e Santos (2005), esse tipo de grupo permite uma importante troca de diálogos e experiências, que propicia melhorias na forma de viver e de socializar-se com os demais. No momento em que o paciente compreende sua subjetividade, ele passa a aceitar-se, estabelecendo uma nova visão sobre si e sobre o mundo, propiciando um ajuste nos seus conceitos que resulta positivamente nas suas relações interpessoais.

Outra forma de inclusão do usuário se dá através da potencialização do trabalho:

Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica [...] é a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários de serviços. Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, estas experiências, mesmo que com ótimos resultados, caracterizam-se ainda por sua frágil sustentação institucional e financeira. (BRASIL, 2005)

A inclusão do “louco” através do trabalho ultrapassa os limites físicos dos CAPS, por isso, ainda sofre grande resistência social, muito em função da construção

cultural que estigmatizou as pessoas com doença psíquica. Prevalece na sociedade o pensamento de que o “doente mental” é incapaz de trabalhar e ter uma vida plena, e essa ideia muitas vezes é incorporada pelo “louco”, fazendo-o se sentir inferiorizado e excluído.

[...] o excluído do trabalho tem sua subsistência comprometida e, se essa exclusão é ocasionada por doença mental, parece assumir um significado mais doloroso, em virtude do adoecer mental ser alvo de várias outras exclusões sociais ou, por outro lado, desconsiderado por ser uma patologia que não apresenta sintomas físicos visíveis [...] (JORGE; BEZERRA, 2004).

Essa condição reforça ainda mais a importância das oficinas e dos grupos terapêuticos, na busca pela auto compreensão do “doente mental”.

A Lei 10.216/2001 dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais:

[...] II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; [...] VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; [...] (BRASIL, 2001).

O avanço quanto à percepção das pessoas com doenças psíquicas, apesar de embrionária, é notável. O “louco” é um ser humano, sujeito de direito, e como tal, deve ser tratado com dignidade. [...] “a efetividade da reforma depende do comprometimento da sociedade que deve reaprender o sentido da alteridade, percebendo na pessoa com sofrimento mental alguém sensível, capaz e merecedor de respeito, um sujeito de direitos” (DEL’OLMO; CERVI, 2017).

Vieira (2011) complementa quando afirma que:

É preciso que as pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas como seres integrais, dignos, com direito à liberdade, à integridade física e moral, à reabilitação para o trabalho e à qualidade de vida. Afinal, aceitar e tratar com afeto o portador de transtorno

mental é o melhor caminho para a sua reabilitação e para o fortalecimento da sua cidadania.

A cidadanização da pessoa com doença mental é uma evolução que exige articulação e coparticipação dos CAPS, do grupo familiar, das comunidades e do próprio usuário, de maneira que todos precisam caminhar em sintonia para a efetividade desse processo.

É visível que os conceitos trazidos pela Reforma Psiquiátrica são inovadores e priorizam a valorização do ser humano. É oportuno ressaltar, no entanto, as especificidades do público infanto-juvenil enquanto usuários do CAPS. Diante disso, foi realizado um pequeno estudo no CAPSi do município de Sousa/PB, na tentativa de compreender essa experiência.

3 COMPREENDENDO A CRIANÇA E O ADOLESCENTE – CAPS INFANTOJUVENIL DE SOUSA/PB: UMA BREVE ANÁLISE

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Embora tenha alcançado avanços após a instituição do CAPSi, o Ministério da Saúde admite a dificuldade de se construir uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, uma vez que as peculiaridades desse público alvo devem ir além do modelo assistencial estruturado para adultos (BRASIL, 2005).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a forma de olhar a saúde sofreu transformações, na medida em que se prioriza a prevenção da doença e a promoção do bem-estar, indo além de uma atuação curativista. Nesse cenário, o SUS amplia a compreensão do processo saúde-doença, na tentativa de humanizar os espaços (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Diante disso, foi observado a ambiência do CAPS I da cidade de Sousa/PB, na tentativa de constatar a importância dessa tentativa de humanização dos ambientes de saúde.

3.1 O espaço enquanto forma de cuidar

A necessidade de humanizar o ambiente hospitalar e melhorar a assistência à saúde suscitou esforços no sentido de amenizar o cotidiano da criança internada. Um dos aspectos da Política Nacional de Humanização (PNH) implementado pelo Ministério da Saúde (2010) é a ambiência, definida, primordialmente, em três eixos componentes:

O espaço que visa à confortoabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A ambiência facilita o engajamento do usuário, pois evidencia a importância do bem-estar do sujeito no ambiente em que fará seu tratamento. Nesse contexto, é interessante destacar também os espaços de visita e espera dos acompanhantes, o valor dos ambientes, uma vez que os familiares contribuem de forma significativa no tratamento dos pacientes.

Para Olschowsky *et al.* (2009) *apud* Ronchi e Avellar (2013) “a saúde engloba os aspectos do ambiente que podem ser terapêuticos. Saúde e ambiência não podem ser dissociadas, pois se correlacionam e são interdependentes”.

Ribeiro *et al.* (2014) reforça:

[...] ao construir ambiências deve-se conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim

contribuir efetivamente na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil. Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de seu ambiente familiar, de seus amigos e da escola. A realização de inúmeros procedimentos dolorosos e invasivos contribuem para que ela perca as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos, tornando a experiência de hospitalização traumatizante.

Para Winnicott *apud* Ronchi e Avellar (2013) o ambiente tem papel relevante no desenvolvimento da saúde do bebê. Ele acredita que o ambiente pode ser nocivo e levar à instabilidade, gerando problema no desenvolvimento emocional; ou ser facilitador, possibilitando um crescimento saudável.

No desenvolvimento inicial do ser humano o ambiente que age de modo suficientemente bom permite que o crescimento pessoal tenha lugar. Os processos do eu podem nesse caso permanecer ativos, numa linha ininterrupta de crescimento vivo. Se o ambiente não se comporta de modo suficientemente bom, o indivíduo passa a reagir à intrusão, e os processos do eu são interrompidos (WINNICOTT, 2000 *apud* RONCHI; AVELLAR, 2013).

Winnicott *apud* Verceze e Sei (2014) defende que uma boa ambiência deve cuidado e manejo adequado para que o bebê se direcione rumo à integração, personalização e estabeleça relações com o objeto. O *holding* (sustentação), o *handling* (manipulação) e a “apresentação do objeto” fornecem condições para que o indivíduo se desenvolva.

O holding representa a continuação, após o nascimento, da provisão de cuidados proporcionados ao bebê no útero da mãe, ou seja, toda a capacidade da mãe de se identificar com o bebê e responder as suas necessidades, atuando como um ego auxiliar, fortalecendo o ego frágil do bebê (VALLER, 1990). O handling é definido como a capacidade da mãe de propiciar um manejo adequado do corpo do bebê e de suas funções, permitindo que ele alcance a personalização. A apresentação de objetos é quando a mãe traz um pedacinho do mundo ao lactante, de forma limitada e adequada, proporcionando uma experiência inicial de onipotência, denominada de período de ilusão (VERCEZE; SEI, 2014).

Em um ambiente terapêutico, seguindo as diretrizes do Ministério da saúde e os ensinamentos de Winnicott, todos esses aspectos de maturação e ambientação

devem ser levados em consideração, a fim de facilitar o processo de amadurecimento emocional do paciente. Em um CAPSi, uma ambiência adequada, como sugere o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), proporciona um serviço acolhedor e confortável aos usuários. Por isso, se faz necessário a análise do espaço físico de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, pois, a partir disso, é possível compreender como diferentes elementos do ambiente de um serviço de saúde podem facilitar o trabalho terapêutico em crianças e adolescentes.

Primeiro Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil da Paraíba, o CAPSi João Paulo II é mantido por recursos através da parceria entre o Ministério da Saúde e a prefeitura municipal de Sousa/PB. A instituição – que funciona em casa alugada pela prefeitura – trabalha de segunda a sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h e, diariamente, recebe em média cerca de vinte de usuários.

Atualmente, a equipe de trabalho conta com um fonoaudiólogo, um psiquiatra, um assistente social, uma enfermeira, uma psicopedagoga, um terapeuta ocupacional, um farmacêutico, um técnico de enfermagem, três psicólogos, um assistente administrativo, uma recepcionista, uma artesã, dois auxiliares de serviço e um motorista.

O CAPSi estudado apresenta uma recepção com sala de espera, equipada com ventilador, cadeiras, bebedouro, uma quadro de pintura e uma estante com trabalhos feitos pelos usuários; três banheiros (dois em funcionamento); uma cozinha; uma sala para atendimento com psiquiatra; uma sala de enfermagem, uma sala da diretoria; uma sala da fonoaudióloga; uma sala da psicopedagoga, com livros infantis e jogos; uma sala para terapia ocupacional, com televisão, filmes infantis, tinta guache, lápis de cor, papel, quadro branco, brinquedos; uma sala de ludoterapia e um espaço para o lanche, com uma mesa e doze assentos.

Descrito os espaços físicos, algumas peculiaridades merecem atenção, a começar pela entrada da instituição, onde há paredes esburacadas, brinquedo de balaço quebrado e enferrujado, sala de espera, por exemplo, onde inexistem brinquedos, televisão ou revistas, proporcionando, portanto, pouco conforto para aqueles que aguardam atendimento. As poucas opções de entretenimento, no momento de espera, propiciam inquietude às crianças, dificultando a intimidade inicial

dos usuários com a instituição de saúde, contrariando as recomendações de tratamento das áreas externas do Ministério da Saúde (2010).

Além disso, conforme apresenta o MS (2010), o conforto deve ser priorizado não apenas aos pacientes – no caso as crianças e os adolescentes – como também aos familiares, pois eles são pessoas fundamentais na anuência ao tratamento.

Apesar da falha na oferta de comodidade, é válido destacar a presença de objetos produzidos pelos usuários na recepção do CAPSi, pois evidencia a promoção da autonomia dos pacientes, fomentando discussões e troca de experiências entre as famílias sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano.

Trabalhos dos pacientes, inclusive, é algo observado em todas as salas de atendimento ao usuário, proporcionando, portanto, a construção de um ambiente democrático, com participação direta do “doente mental” e evidenciando o resgate da sua autonomia, consoante defende Basaglia (1924).

Ademais, outro ponto importante observado diz respeito aos profissionais da instituição, que apresentaram grande receptividade, sempre circulando entre os espaços e buscando interagir com os pacientes. Essa é uma prática importante, pois permite um maior conhecimento do usuário, a criação de vínculos, proporcionando às crianças e aos adolescentes com transtorno mental, experiências de confiança em um ambiente que pode atender suas necessidades.

Conforme cita Dias (1999) *apud* Ronchi e Avellar (2013) “o bebê só pode retirar-se para descansar porque começa a confiar, pela repetição da experiência, que o mundo continua vivo e permanece lá assim que ele precisar”. Contextualizando ao CAPSi, essa confiabilidade é fundamental, uma vez que facilita a comunicação do usuário ao relatar seu sofrimento, abrindo a possibilidade para realização do trabalho terapêutico.

Consoante recomenda o Ministério da Saúde (2010), a ambiência deve atender às necessidades do paciente no tocante à iluminação, o conforto e a privacidade dos espaços de atendimento, contendo elementos que facilitem e proporcionem aos usuários comunicar e elaborar seus conflitos psíquicos (ROCHI; AVELLAR, 2015).

Os materiais disponíveis nas atividades do CAPSi João Paulo II, como jogos, brinquedos e livros infantis favorecem a intervenção dos profissionais, pois permitem

a comunicação do “doente mental” por meios lúdicos. As crianças com dificuldade de interação, logo encontram uma maneira de dialogar.

Isto posto, percebe-se o quanto a ambiência do CAPSi de Sousa/PB é importante no acolhimento e tratamento de seus pacientes. Muito embora, outros fatores também contribuem para a aceitação e confiabilidade do usuário à mencionada instituição.

3.2 O apoio comunitário e o protagonismo do usuário

Uma das principais mudanças trazidas pela nova modalidade de assistência ao “doente mental” foi a inserção da participação popular no tratamento do usuário. É pertinente destacar, nesse caso, a amplitude do conceito e da articulação comunitária.

A comunidade é um conjunto de pessoas, associações e equipamentos que fazem existir a vida numa certa localidade. A articulação entre CAPS e comunidade é, portanto, fundamental. A comunidade – serviços públicos das áreas da educação, do esporte e lazer, do trabalho, associações de moradores, clube de mães, associações comunitárias, voluntários – poderá ser parceira dos CAPS através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de um evento especial (uma festa, por exemplo), realização conjunta de projeto mais longo, participação nas atividades rotineiras do serviço (BRASIL, 2004).

A assistência popular é de grande valia na consolidação da RAPS, haja vista que sua essência se encontra no trabalho intersetorial. Pensando nisso, os CAPS buscam diversas formas para a integração comunitária no desenvolvimento das suas atividades.

Tavares *et al.* (2010) corrobora quando afirma que “a participação da comunidade é fundamental para garantia do apoio social, tão necessário a ressocialização dos usuários dos serviços de saúde mental e imprescindível para consolidar o CAPS como um serviço de base territorial”.

No CAPSi de Sousa/PB, essa inclusão pôde ser observada na promoção de uma festa de São João, realizada com apoio popular. Os profissionais do CAPSi, reforçando a ideia de trabalho intersetorial, organizaram uma festinha junina que contou com a participação da comunidade Joaquim Basílio, com uma apresentação de quadrilha.

No evento estavam os usuários, os familiares, os profissionais do CAPS e os meninos do Joaquim Basílio, que alegraram os presentes com um grande show. Primeiro houve a apresentação popular e, em seguida, foi realizada uma quadrilha improvisada dos usuários, junto aos familiares e os funcionários do CAPS. Importante esse momento, pois colocou os pacientes em condições de igualdade com os demais, mostrando ser possível a convivência salutar em sociedade.

Foi possível observar a felicidade e satisfação dos usuários. Naquele instante eles se sentiram “normais”, capazes de socializar, sem preocupação de sofrer com a estigmatização social, livrando-se, momentaneamente, da sua angústia interior. Momentos como esse reforçam a necessidade do apoio comunitário no tratamento e na amenização do sofrimento dos indivíduos com transtornos mentais.

Outro aspecto que chamou atenção, foi a decoração da festa, que trazia fogueiras e balões pintados pelos usuários. Essa participação nos preparativos do evento é muito importante, pois faz com que os pacientes se sintam capazes de produzir, passando a confiar nas suas habilidades e instigando o desejo por uma maior autonomia.

Santos *et al. apud* Almeida (2010) diz que:

[...] a autonomia é importante do ponto de vista da resolubilidade do serviço, pois se acredita que a melhora do usuário advém do maior grau possível de autonomia, possibilitada pela nova abordagem antinosocomial. Conforme essa abordagem não é o sujeito que deve se adequar à proposta clínica, mas, ao contrário, é o serviço que deve ser capaz de absorver as demandas específicas dos usuários, o que exige as mais diversas táticas.

Percebe-se, portanto, a importância da democratização das técnicas terapêuticas, na medida em que possibilita ao sujeito autonomia no seu tratamento.

Tentar adequar-se aos anseios do usuário é um desafio que o CAPSi João Paulo II tem tentado vencer.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento desse estudo buscou analisar os impactos trazidos pela Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira, com enfoque na valorização do “doente mental” enquanto ser humano de direito, através do resgate da sua autonomia. Além disso, tentou-se compreender o trabalho desenvolvido no CAPSi de Sousa/PB, verificando de que maneira ele contribui com a coparticipação familiar e comunitária, na busca pela reinserção social do usuário.

Esse trabalho foi importante para conscientizar a sociedade de que o “louco” também é sujeito de direito e merece a chance de conviver harmonicamente em sociedade, exercendo sua cidadania. Na pesquisa, foi constatado os avanços no campo prático e teórico da Reforma Psiquiátrica, apesar desta ainda estar longe de atingir a plenitude de seus conceitos.

O objetivo geral foi atingido, na medida em que foi possível verificar, na prática, o funcionamento do novo modelo de assistência ao “doente mental” já sob a égide dos conceitos da Reforma Psiquiátrica, a partir da análise do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Sousa/PB.

Os objetivos específicos também foram alcançados, pois no desenvolver do trabalho foi possível constatar a eficiência das ações do CAPSi João Paulo II no campo prático e o papel e importância do grupo familiar e social na reinserção social dos usuários.

Conclui-se, dessa maneira, que ações dos CAPS vão além do seu espaço físico, sendo, portanto, fundamental a compreensão e apoio das famílias e da comunidade na luta pela garantia dos direitos e inclusão social dos indivíduos com doença psíquica.

A hipótese levantada foi confirmada, pois, apesar dos notórios avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica, os CAPS ainda não são deficientes no que tange à estrutura e alcance. Além disso, as famílias ainda não estão devidamente preparadas para enfrentar as dificuldades do cotidiano de um indivíduo com transtorno mental, seja por

questões financeiras, seja pela falta de interesse de compreender o problema, ou mesmo pelo fardo de lidar com comportamentos não convencionais do “louco”. Por fim, constatou-se que a sociedade, apesar de demonstrar alguns avanços no tocante a aceitação das pessoas com transtorno psíquico, ainda está muito presa a vícios culturais, que estigmatizam o “doente mental”.

O problema da pesquisa, qual seja: “a estigmatização do “louco” e os desafios da convivência comunitária. Estão as famílias, os CAPS e a sociedade prontas para lidar com pessoas com transtorno mental?” Foi respondido com a confirmação da hipótese levantada de que ainda há muito a ser feito para que conceitos da Reforma Psiquiátrica atinjam sua plenitude no país.

O processo de Reforma Psiquiátrica representou um grande avanço na maneira de enxergar o “doente mental”. O antigo modelo manicomial, que priorizava o estudo da doença, a exclusão social, através da internação e, conseqüente, menosprezo do sofrimento psíquico do paciente, foi deixado para trás com a implantação das Redes de Atenção Psicossociais. Esse novo modelo de assistência é pautado na interligação de setores da unidade básica de saúde, priorizando a participação familiar e comunitária nas medidas de tratamento dos “doentes mentais”. É óbvio que alguns vícios culturais ainda estão impregnados na sociedade brasileira, não obstante, é notável que, apesar de embrionária, a luta pela dignificação do “louco” demonstra crescimento.

Os Centros de Atenção Psicossociais surgiram com o propósito de solidificação do novo modelo de assistência às pessoas com doenças psíquicas, buscando a autonomia das ações do sujeito através de oficinas terapêuticas, encontros individuais e grupais. Tais oficinas e encontros são muito importantes, pois possibilitam a manifestação dos problemas, a expressão de habilidades e permitem uma maior compreensão do sofrimento vivido diariamente pelos usuários.

Acompanhar uma diária no CAPSi João Paulo II foi significativo, pois foi possível compreender o funcionamento na nova modalidade de assistência, externando o quanto pequenas ações fazem a diferença na vida de quem sofre com doenças psíquicas. Por isso, é importante tentar-se mudar a maneira com a qual o “doente mental” é encarado pelas famílias e pela sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. H. R. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Bioética**, v. 18, n. 2, 2010.
- AMARANTE, P. (org). **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Garamond, 2005.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente e Cérebro**, São Paulo, set. 2006. Disponível em: < http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html >. Acessado em: 9 jul. 2018.
- _____. (org.). **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2010.
- ARAGÃO, T. N. **Reforma Psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012.
- BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O paciente na psicoterapia de grupo. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, jan.-fev., 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Comunidade, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, mar.-ago., 2005.
- BORBA, L. O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: Relatório Final. Brasília, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: Relatório Final. Brasília, 1992.

_____. Lei n.º 10.216, 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acessado em: 9 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Regulamenta a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acessado em: 9 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS.** Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. **Ambiência**, 2. ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que **institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acessado em: 9 jul. 2018.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental.** 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>. Acessado em: 9 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acessado em: jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Diretos**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento. **Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF, 2015.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. **O cuidado em Saúde Mental na atualidade**. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 3, 2010.

DEL'OLMO, F. S.; CERVI, T. M. D., Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência**, Florianópolis, v. 38, n. 77, dec., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552017000300197&lang=pt>. Acessado em: 9 jul. 2018.

FONSECA, C. T.; COSTA, D. R. R. Saúde Mental, Serviços de Atenção Psicossocial e Protagonismo. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., **Anais...**São Luís, 2013.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 1.^a ed. São Paulo, Perspectiva, 1961.

GUEDES, A. S. M. **Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e saúde mental) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2008.

IBIAPINA, A. R. S. et al. Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em pacientes com transtorno mental. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, mar., 2017.

JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. L. M. R. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, out.-dez., 2004.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, jan.-mar., 2011.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. D. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, abr., 2013. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008>. Acessado em: 9 jul. 2018.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: Uma Perspectiva Crítica. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, 1993.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007.

MARTINS, P. P. S.; LORENZI, C. G. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2016.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, out.-dez., 2004.

MORAIS, I. A. A construção histórica do conceito de cidadania: o que significa ser cidadão na sociedade contemporânea?. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 11., **Anais...** Curitiba, 2013.

PEGORARO, R. F. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim – Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 29, n. 2, dez., 2009. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200004>. Acessado em: 9 jul. 2018.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, 2014.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi. **Saúde Social**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2013.

_____. Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, ago., 2015.

SANTO, W. E.; ARAÚJO, I. S.; AMARANTE, P. Comunicação e saúde mental: análise discursiva de cartazes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial do Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manhinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, abr.-jun., 2016. Disponíveis em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200453>. Acessado em: 9 jul. 2018.

TAVARES, C. M. M.; SOUZA, M. T.; RODRIGUES, S. P. Participação da Comunidade nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr.-jun., 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manhinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan.-abr. 2002.

TEXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II, **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 2, jun., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200011>. Acessado em 9 jul. 2018.

VERCEZE, F. A.; SEI, M. B. A psicoterapia de crianças na abordagem winnicottiana: relato de um caso. **Vivências**, v. 10, n. 18, 2014.

VIEIRA, A. R. S. **A importância da família na recuperação do portador de transtorno mental**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em serviço social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, mai.-ago., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200020>. Acessado em 9 jul. 2018.

