

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

SINVAL AVELINO DOS SANTOS

**Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial:
o conhecimento do usuário e contribuições na assistência**

Ribeirão Preto / SP
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SINVAL AVELINO DOS SANTOS

**Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial:
o conhecimento do usuário e contribuições na assistência**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental
Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Pimenta de
Carvalho

**Ribeirão Preto / SP
2006**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Sinval Avelino

Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência, 2006.

109 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Pimenta de Carvalho

Reabilitação psicossocial, recurso terapêutico, avaliação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sinval Avelino dos Santos

**Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial:
o conhecimento do usuário e contribuições na assistência**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem
Psiquiátrica
Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Assinatura:

Ofereço este trabalho a todos o trabalhadores, usuários e familiares, dos vários serviços de saúde mental pelos quais até agora caminhei e que por meio de suas expressões, gestos e atitudes contribuíram, contribuem e contribuirão de maneira inigualável para minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que por alguns instantes ofertaram-me momentos significativos na construção deste trabalho.

A Graça e Natalia, pela compreensão, incentivo e disposição para minhas buscas e ideais.

A Profa. Dra. Ana Maria Pimenta de Carvalho, minha orientadora, que não mediu esforços para olhar e compartilhar meus sonhos de enfermeiro psiquiátrico, como se fosse seu próprio ideal.

Aos meus irmãos Silvio, Edna, Tide e Elisa pela torcida e apoio em minha trajetória de acreditar que apesar da busca profissional o importante é estar presente.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho no Caps, Maria Helena, Leila, Cidinha Sinvaldo, Carmem, Rosani, Elaine, Carmelo, Adriana, Raquel, Lucrecia, Marisa, Maria Helena Silva, Lourdes, Maria Fernanda, Ercilia, Ângela pela possibilidade de dividir angústias, prazeres, sofrimentos e alegrias no cotidiano das atividades desenvolvidas naquele local de trabalho.

A Eliana Leão do Prado, companheira, mestrande e muito afinada com a gestão ambiental e que mesmo sendo originada profissionalmente de uma concreta área de trabalho viabiliza oportunidades de reflexões direcionadas à ciências humanas com propriedades incomuns.

Aos amigos da Pós Graduação, Virtude, Márcia e Rosangela Aukar pela riqueza de estarmos compartilhando o caminho do amadurecimento com humildade, lealdade e dignidade.

A Profa. Dra. Toyoko Saeki, incansável companheira e amiga na luta pelas oportunidades na área da saúde mental, e da vida, durante todos esses anos de convivência.

Aos Professores Doutores Jorge Pedrão, Márcia Bucchi e Conceição, pelos estímulos e oportunidade de ser incluído como parceiro em espaços que viabilizam nossas criatividade, expressões e sentimentos.

As funcionárias do Departamento de EPCF/EERP/USP, Adriana e Edilene, pela disponibilidade, atenção e cuidado para com minha pessoa em todos os momentos desta caminhada.

A todos os Professores do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP pelas demonstrações de ensino, cumplicidades e partilhas de ações direcionadas à saúde mental, nossa e dos outros.

*A vida nos cobra tomar decisões constantemente,
Cada escolha determina um fato no futuro,
Cada fato, uma vivência inadiável,
Cada experiência, uma mudança imposta,
Escolher é fácil quando nossos sentimentos
E ilusões não estão envolvidos.
Somos livres para escolher nossas ações
Mas prisioneiros de suas conseqüências.
Todo momento é decisivo. Temos que decidir
Sempre entre o que é bom e o que é mau,
Entre nossas ambições desmedidas e
Nosso bom senso interior.
Por isso é preciso descobrir se teremos coragem
de ficar do lado de nossa alma
ou se preferimos mentir para nós mesmos.
Mas, seja qual for a nossa escolha, lembremos
Que nada fica sem resposta*

LUIZ GASPARETTO

RESUMO

SANTOS, S.A. Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência. 2006. 109 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

As diretrizes atuais no campo da saúde mental vêm apontando para a necessidade de uma construção da prática de promoção à saúde mental em que os usuários dos serviços têm participação ativa. Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar uma avaliação, junto aos usuários em sofrimento psíquico em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial, sobre as atividades do projeto terapêutico elaborado para sua assistência. Como metodologia foi adotada a abordagem qualitativa, com análise de conteúdo. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada com usuários do serviço. Nesse estudo, foi percebido que as atividades são prescritas ao usuário inicialmente, em decorrência de um quadro clínico que se manifesta e o desabilita para o enfrentamento das atividades da vida diária. Em um segundo momento, este sujeito é colocado à frente de uma série de oportunidades (recursos) que têm como objetivo auxiliá-lo a pensar em seus recursos como forma de atenuar as suas queixas. Isto consolida os preceitos da reabilitação psicossocial, que é centrado nos recursos do sujeito, valorizando sua história de vida e viabilizando a construção de novas possibilidades. A descrição da forma como os usuários elencam as atividades e seus significados fortalece a construção de um trabalho que tem um referencial sustentado no paradigma das práticas assistenciais, inclui a atenção ao sujeito, mas solicita também a inclusão do profissional técnico como participante contínuo dentro do projeto ofertado. Na análise foram atribuídos significados que permitiram concluir que o projeto terapêutico retrata o referencial teórico preconizado para a reabilitação psicossocial, subsidia este serviço, enquanto prática assistencial, fortalecendo seu vínculo com os usuários por meio das atividades e do profissional que promove essa assistência. Contudo, foi verificado também que as atividades são procedimentos que geram expectativas e angústias a ele, como também evidenciam as possibilidades, limites, e amplitudes das ações da equipe. As atividades do serviço mobilizam os sujeitos de forma positiva e de forma negativa e, nesse sentido, é necessário que os profissionais estejam motivados, por meio de supervisão, capacitação, revisão contínua de sua práxis técnica profissional, para suportarem a intensa carga de expectativa e anseio depositada pelos pacientes no desenvolver das atividades. Acreditamos que este trabalho possibilitará às equipes profissionais de instituições voltadas ao atendimento em saúde mental terem uma compreensão de suas abordagens no tratamento psiquiátrico a partir da visão de seus usuários.

Palavras-chave: reabilitação psicossocial, recursos terapêuticos, avaliação

ABSTRACT

SANTOS, S.A. Individual therapeutic Project at a Psychosocial Care Center: the user's knowledge and contributions in care. 2006. 109 p. Doctoral Dissertation in Psychiatric Nursing – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2006.

Current mental health guidelines have been indicating the need to construct a mental health promotion practice in which service users participate actively. Thus, this study aimed to evaluate, among mental patients under treatment at a Psychosocial Care Center, the activities involved in the therapeutic project that was elaborated for their care. We adopted a qualitative methodology, using content analysis. Data were collected through semistructured interviews with service users. In this study, we perceived that activities are initially prescribed to these users as a result of a clinical situation that is manifested and disables them to cope with daily living activities. Next, these subjects are faced with a series of opportunities (resources), aimed at helping them think about their resources as a way of mitigating their complaints. This consolidates the principles of psychosocial rehabilitation, which is centered on the subjects' resources, values their life history and makes it possible to construct new possibilities. The description of how users report on the activities and their meanings strengthens the construction of a service whose reference framework is supported by the paradigm of care practices and which not only includes care delivery to the subject, but also seeks to include technical professionals as continuous participants in the project that is offered. In the analysis, meanings were attributed that allowed us to conclude that the therapeutic project pictures the theoretical reference framework recommended for psychosocial rehabilitation, which supports this service as a care practice, strengthening its link with users through the activities and the professionals that provide this care. However, we also found that the activities are procedures that create expectations and anguish among users and also evidence the possibilities, limits and range of team actions. The service's actions mobilize the subjects in a positive as well as negative way. In this sense, professionals need to be motivated through supervision, training, continuous review of their professional technical praxis, with a view to carrying the intense burden of expectations and anguish patients place on the development of the activities. We believe that this work will allow professional teams in mental health care institutions to understand their psychiatric treatment approaches from the users' perspective.

Keywords: psychosocial rehabilitation, therapeutic resources, evaluation

RESUMÉN

SANTOS, S.A. Proyecto terapéutico individual en un Centro de Atención Psicosocial: el conocimiento del usuario y contribuciones en la Atención. 2006. 109 h. Tesis (Doctorado en Enfermería Psiquiátrica) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Las directivas actuales en el campo de la salud mental vienen indicando la necesidad de una construcción de la práctica de promoción a la salud mental en que los usuarios de los servicios participan activamente. Así, la finalidad de este estudio fue efectuar una evaluación, entre los usuarios en sufrimiento psíquico en tratamiento en un Centro de Atención Psicosocial, sobre las actividades del proyecto terapéutico elaborado para su atención. Como metodología se adoptó la aproximación cualitativa, con análisis de contenido. Para la recolecta de datos se utilizó la entrevista semiestructurada con usuarios del servicio. En ese estudio, se percibió que las actividades son prescritas al usuario inicialmente en consecuencia de un cuadro clínico que se manifiesta y le inhabilita para el enfrentamiento de las actividades de la vida diaria. En un segundo momento, este sujeto es colocado al frente de una serie de oportunidades (recursos) cuyo objetivo es auxiliarlo a pensar en sus recursos como forma de atenuar sus quejas. Esto consolida los preceptos de la rehabilitación psicosocial, que se centra en los recursos del sujeto, valorizando su historia de vida y viabilizando la construcción de nuevas posibilidades. La descripción de la forma como los usuarios relatan las actividades y sus significados fortalece la construcción de un trabajo cuyo referencial se sustenta en el paradigma de las prácticas asistenciales, que abarca la atención al sujeto, pero también solicita la inclusión del profesional técnico como participante continuo dentro del proyecto ofertado. En el análisis, se atribuyeron significados que permitieron concluir que el proyecto terapéutico retrata el referencial teórico preconizado para la rehabilitación psicosocial, que apoya este servicio como práctica asistencial, fortaleciendo su vínculo con los usuarios a través de las actividades y del profesional que promueve esa atención. Sin embargo, también se verificó que las actividades no sólo son procedimientos que a ellos les generan expectativas y angustias, pero también evidencian las posibilidades, límites y amplitudes de las acciones del equipo. Las actividades del servicio movilizan los sujetos de forma positiva y de forma negativa. En ese sentido, es necesario que los profesionales estén motivados, mediante supervisión, capacitación, revisión continua de su praxis técnica profesional, para que soporten la intensa carga de expectativa y anhelo depositada por los pacientes en el desarrollo de las actividades. Creemos que este trabajo les posibilitará a los equipos profesionales de instituciones dirigidas a la atención en salud mental comprender sus aproximaciones en el tratamiento psiquiátrico a partir de la visión de sus usuarios.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, recursos terapéuticos, evaluación

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO		
1	INTRODUÇÃO	1
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	5
	ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA– TRAJETÓRIA HISTÓRICA	8
1.2	REVISÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA.....	14
2	OBJETIVOS	44
3	METODOLÓGIA	45
3.1	MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	45
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	47
3.3	SUJEITOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	54
3.4	INSTRUMENTOS	56
3.5	COLETA DE DADOS	57
3.6	ANALISE DAS ENTREVISTAS	59
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
	a) ATIVIDADES QUE CONTRIBUEM PARA O TRATAMENTO DOS PACIENTES	61
	b) ATIVIDADES QUE NÃO CONTRIBUEM PARA O TRATAMENTO DOS PACIENTES	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
7	BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS	94
ANEXOS		
APENDICES		

Apresentação

Meu primeiro contato com a assistência psiquiátrica foi no final da década de 70, no curso de graduação em enfermagem. Em seguida, após a graduação, continuei minha formação, com o curso de aperfeiçoamento e especialização em enfermagem psiquiátrica e, posteriormente, como enfermeiro do Hospital Dia¹, trabalhei durante nove anos nesta Unidade de Semi-internação Psiquiátrica. Continuando essa trajetória, trabalhei durante oito anos, na Unidade de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, local em que desenvolvi o projeto denominado “Atividade de Educação Física Adaptada para Pacientes Psiquiátricos Internados”. Atualmente, na função de Gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, coordeno uma equipe multidisciplinar (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) e juntos buscamos atender à proposta da unidade, que é o atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais. A minha formação e interesse pelo estudo da assistência psiquiátrica, iniciada após a graduação em enfermagem viabilizam um processo individual de desenvolvimento profissional com muitos momentos de intensas descobertas e outros momentos de desalento frente às condições de trabalho e às perspectivas de assistência de enfermagem.

Este percurso possibilitou-me, como profissional, a busca e posterior construção de um conhecimento específico pautado na categoria de enfermagem psiquiátrica, permitindo subsidiar-me para a prática cotidiana do trabalho, assim como realizar articulações consistentes para este estudo.

¹ Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1 - INTRODUÇÃO

Na atividade assistencial, muitas vezes depara-se com divergências entre profissionais e usuários quanto à compreensão desse processo. Isso porque, de um lado, os profissionais de saúde procuram conduzir suas práticas de acordo com seus conhecimentos e seus conceitos teóricos, buscando meios e estratégias que possam elucidar suas dúvidas e aperfeiçoar suas intervenções de outro, os portadores de transtornos mentais buscam alternativas que possam resolver a causa de seu sofrimento psíquico, em função da necessidade de manutenção de suas atividades sociais, laborativas e de lazer.

Os profissionais, após o conhecimento das causas que levaram o indivíduo a procurar ajuda, direcionam o tratamento visando a redução do quadro sintomático e, ainda, utilizam procedimentos que possibilitem a este indivíduo confrontar seus atos com a realidade (ROCHA, 1996).

Com a evolução de conhecimentos sobre o ser humano, a especialidade em saúde denominada psiquiatria ampliou seu espaço de atuação, assim como várias terminologias surgiram e foram se modificando com o decorrer do tempo, passando da antiga denominação de insanidade, loucura e doença mental, para transtorno mental e sofrimento psíquico, na atualidade.

Com o mesmo raciocínio evolutivo, dentro da psiquiatria aparecem ramos de especialidades, dentre elas a saúde mental, a qual se situa dentro de um contexto psicológico, biológico, social, econômico, antropológico, que, inter-relacionados, não se restringem apenas ao marco conceitual do sofrimento psíquico como uma doença localizada no corpo, mas ligada a uma existência de sofrimento (JORGE, 2003).

Para conhecer os motivos que levam os pacientes a procurar ajuda, os profissionais de saúde utilizam métodos que os auxiliam a definir o diagnóstico nas intervenções. Como exemplo, nas áreas médicas, a anamnese é um caminho que auxiliará o médico a chegar a um diagnóstico e a propor um tratamento.

Segundo Camargo Jr (1992, p.223):

[...] a atividade clínica pode ser caracterizada pelos seguintes passos: anamnese, exame físico, diagnóstico e conduta. Implícito nesta seqüência está um processo de objetivação, de fazer surgir a partir da subjetividade do sofrimento do paciente a objetividade da doença, em passos graduais [...]

Dado que a expressão do subjetivo é um elemento importante para a compreensão da experiência do sofrimento do indivíduo, cabe ao profissional apreendê-la para poder intervir.

Dentro da enfermagem os cuidados ao doente são prestados por distintas pessoas e, no decorrer do tempo, estes cuidados se modificaram quanto à forma e conteúdo, até a institucionalização da enfermagem, assunto que será abordado mais adiante neste estudo.

Ao longo dos anos, têm surgido várias propostas para se integrarem diferentes conhecimentos profissionais e recursos na assistência psiquiátrica e uma delas refere-se à reabilitação psicossocial, que de acordo com Pitta (2001) envolve um conjunto de meios (programas e serviços), estratégias e atores no processo saúde/doença.

Com a evolução das concepções sobre saúde/doença, estendendo-se para além dos aspectos individuais, o desenvolvimento do conhecimento e dos saberes sobre a loucura e a psiquiatria carregam peculiaridades de uma cultura, país ou região e de períodos históricos.

Ao construirmos um estudo com o olhar voltado para a complexidade e diversidade das práticas desenvolvidas para os sujeitos que vivenciam situações que alteram sua saúde mental, devemos buscar subsídios que possam (re) direcionar as atenções diárias,

bem como influenciar as ações concretas adotadas nos locais de trabalho, na área de saúde mental.

A evolução no cuidado aos portadores de transtornos mentais, a busca de subsídios que sustentem novas práticas no campo da saúde mental, faz-nos caminhar neste estudo para um olhar que possibilite uma avaliação a partir dos sujeitos que integram os novos serviços, edificados sob a luz da construção do conhecimento, legislação e diretrizes políticas oficiais.

Em decorrência das mudanças conceituais, novas práticas têm sido buscadas e estas, segundo Amarante (2003), estão pautadas em quatro campos específicos: o teórico-assistencial, técnico assistencial, jurídico, político e sociocultural, caracterizando assim a estratégia da práxis denominada Atenção Psicossocial.

Faz-se necessário que encontremos respostas a algumas indagações com relação à assistência aos usuários participantes nestes novos serviços que foram constituídos como espaços de sociabilidade, trocas, nas quais, segundo o autor, se enfatiza a produção de saúde como produção da subjetividade, tendo como significado colocar a doença entre parênteses e propiciar contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito e de direitos.

Com esses conceitos entendemos que a diversidade das práticas em torno do termo psicossocial, quer seja em seus significados, quer seja em sua origem, direciona-nos à criação de mecanismos e estratégias que funcionem como recursos e que possam caracterizar essas mudanças.

Assim faz-se necessário que esse novo caminho assistencial possa ser avaliado, não somente pelos tradicionais instrumentos como: número de consultas, quantidade de procedimentos realizados, número de altas, características dos diagnósticos, dentre outros,

mas de acordo com Pitta et al. (1995, p.448) com características oriundas das especificidades do campo da atenção psicossocial, pois conforme a autora:

[...] todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, estão atravessadas pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliar qualidade em serviços de saúde [...]

Em função das contribuições acima, a proposta deste estudo é realizar uma avaliação qualitativa de como os usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, sujeitos e atores principais no cenário da reabilitação psicossocial, vêem os recursos disponibilizados para sua assistência e os planos terapêuticos individuais.

Considera-se que esta avaliação é bastante relevante no contexto dos atuais modelos de avaliação de serviços de saúde.

Silva e Formigli (1994) ao discutirem sobre o objeto e os níveis de avaliação, em saúde, argumentaram que a satisfação do usuário e sua aceitabilidade em relação ao tratamento proposto são aspectos a serem considerados.

No presente estudo buscou-se abordar o que o usuário sente como benefício ou não para si, em relação às atividades propostas para seu projeto terapêutico.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A atuação como enfermeiro psiquiátrico, somada à busca de conhecimentos, nos fez entender que o ser humano é biopsicossocial em sua origem, formação e desenvolvimento. Por isso, acreditamos que todos aqueles envolvidos em projetos de assistência a indivíduos portadores de transtornos mentais devam ter esta compreensão, para o adequado desenvolvimento da assistência.

No trabalho de mestrado denominado “Atividade física como recurso terapêutico a pacientes internados em uma unidade de psiquiatria” (SANTOS, 2001), foi verificado que os sintomas psiquiátricos trazem mudanças significativas na existência e no cotidiano do paciente, causando alterações nas atividades da sua vida prática e diária. Durante a internação, o paciente demonstra comportamentos que não foram percebidos por seus cuidadores, mas que são importantes para compreensão de sua identidade.

Naquele trabalho, notamos ainda que os pacientes, inúmeras vezes, demonstraram através de verbalizações, gestos e atitudes que não entendiam como as atividades físicas oferecidas poderiam favorecer seu tratamento; isto porque o referencial do tratamento ainda era centrado no médico e na medicação, como comprovam as verbalizações dos pacientes como: [...] *nunca fiz ... e não é agora que estou doente que vou fazer*” ... “*estou no hospital para tomar remédio e conversar com meu médico e irei na ... somente se ele disser que eu tenho que ir [...]*, frequentes no cotidiano da prática assistencial.

Ao longo do tratamento, deve-se utilizar uma abordagem coerente com o recurso adotado, com intuito de diminuir preconceitos ou até mesmo manter uma atitude que enfatize a compreensão e o respeito em relação ao paciente, e ao mesmo tempo reforce a importância da sua participação no processo de recuperação como um todo, bem como demonstre os objetivos dos vários recursos terapêuticos existentes na unidade, para sua assistência.

Portanto, no tratamento psiquiátrico, busca-se utilizar um projeto individualizado que considere a maneira de ver, sentir e reagir de cada sujeito, como também uma estratégia singular, dirigida à pessoa e não ao transtorno, que possibilitem a participação ativa do paciente e núcleo familiar em todo o processo terapêutico (GOLDERB, 1996).

A compreensão da singularidade de cada um deve estar presente não apenas no contexto da assistência psiquiátrica, mas da saúde de um modo geral. Trata-se de entender que

os processos biológicos, o ambiente, o estilo de vida e a atenção à saúde se complementem em forma de estratégias para manutenção e desenvolvimento da vida do indivíduo.

Dessa forma, a amplitude dos modelos de atenção à saúde mental abarcaria os fatores a ela associados: hábitos de vida, meio ambiente demográfico, econômico, sócio-político e físico e dos estados pertinentes à saúde (saúde física, social e pública). Ao se aceitar essa concepção tem-se que a atenção à saúde mental da comunidade necessitará de uma rede social organizada que atenda todas as dimensões dos problemas de saúde, com mecanismos articulados por diferentes estratégias de intervenção.

Essa rede seria composta por instância de promoção da saúde, prevenção dos transtornos mentais, assistência e recuperação dos indivíduos enfermos e reabilitação social. Entendemos, então, que as mudanças só poderão ocorrer se pudermos extrair das práticas cotidianas mecanismos de atuação significativos, capazes de possibilitar transformações contínuas na prática diária do trabalho em saúde mental.

Por isso, é importante fazermos uma síntese da evolução dos diferentes recursos utilizados em saúde mental, para que possamos delimitar nosso trabalho.

Ao realizarmos uma evolução da assistência à loucura, buscando a reabilitação e inserção do sujeito, não poderíamos excluir, neste estudo, um olhar sobre a trajetória da profissão enfermagem como categoria que vivencia, desde sua origem, um processo de mudança significativa, inclusive dentro da assistência psiquiátrica.

Enfermagem Psiquiátrica: Trajetória Histórica

A enfermagem psiquiátrica é uma área que tem acompanhado a evolução histórica da psiquiatria, no que se refere à insanidade, loucura, doença mental, ao hospital e assistência.

O enfermeiro tem como objetivo, de acordo com Miranda (1999), ser solidário com as pessoas, com os grupos, famílias e comunidade, visando à cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da saúde. A enfermagem psiquiátrica teve origem no final do século XVIII, época que coincide com as transformações no hospital medieval, que passou de local de exclusão de pobres e doentes, a uma instituição terapêutica, devido a um grande processo de disciplinarização.

Malvárez e Ferro (1991), afirmam que o primeiro “enfermeiro” a observar o paciente e a organizar o hospital foi Pussin, nas enfermarias de Bicetrê e, posteriormente, em Salpêtrière, na França.

O marco institucional do nascimento da psiquiatria e da enfermagem brasileira deu-se a partir do Decreto de 19/07/1841, de D. Pedro II, que discorria sobre a criação do hospital no Rio de Janeiro para alienados. As atividades de enfermagem até então realizadas por indivíduos leigos, ex-pacientes e serventes dos hospitais passaram a ser desenvolvidas pelas irmãs de caridade (PEREIRA, 1998).

Quanto às atividades de enfermagem psiquiátrica, estas surgiram dentro do Hospício Pedro II, com a tarefa básica de vigiar, reprimir e controlar o indivíduo doente. Este profissional, um agente intermediário entre o guarda e o médico do hospital, era chamado de “prático em enfermagem” título naquela época auferido a qualquer pessoa com experiência no tratamento de enfermos. A esse “enfermeiro” do século XIX cabia apenas a função do olhar vigilante e disciplinar.

Segundo Barros (1996), o cuidado significava a sujeição dos pacientes internados, às barbaridades dos guardas e carcereiros. A base do tratamento eram os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão, feitos pelo corpo da enfermagem. Na visão dos pacientes essa “enfermagem” mantinha o controle das instituições e do próprio doente.

[...] aos olhos do doente, o enfermeiro é a personificação da autoridade: é esse quem decide e revoga, concede e nega, quem formula a imagem do doente, boa ou má, que será a seguir transmitida aos outros, principalmente ao médico [...].

Segundo Peduzzi (1988), até a década de 30, a enfermagem teve uma característica de custódia, com suas ações centradas nas necessidades físicas gerais e na de vigilância dos doentes.

Com a evolução do conhecimento na área de psiquiatria, Pereira, Labate e Farias (1998), enfatizam que com os novos tratamentos preconizados na época: sono profundo (1930), choque insulínico (1935), psicocirurgias (1936) e eletrochoque (1937) passaram-se a exigir uma assistência de enfermagem qualificada para atender ao paciente com doença mental, e, desta forma, ocorreu o reconhecimento do enfermeiro psiquiátrico. Em consequência, a prática da enfermagem psiquiátrica passou a ter um caráter científico, principalmente pela utilização de habilidades médico-cirúrgicas.

Entendemos que, com a evolução da assistência prestada aos pacientes do asilo e com o advento de tentativas de incorporar novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do doente mental, o papel do enfermeiro psiquiátrico sofreu transformações concomitantes.

Vilela (2002, p.27) preconiza que as novas técnicas que possibilitaram as transformações na assistência de enfermagem ocorreram entre os anos 30 e 50, dentre as quais cita: “[...] a comunidade terapêutica de Maxwel Jones, a psicoterapia institucional, a

psiquiatria de setor, a psicanálise, os conceitos de psiquiatria dinâmica, o surgimento das psicoterapias e as contribuições das ciências sociais [...]”. De acordo com Peduzzi (1988), a abordagem psicológica e social foi incorporada à assistência em consequência das possibilidades oferecidas por essas novas técnicas.

Saeki (1981) afirma que as novas técnicas propiciaram modificações no conceito de enfermagem hospitalar, com a adoção da terapêutica e eliminação da custódia. Então a atenção da enfermagem em relação ao indivíduo como um todo foi modificada, objetivando a promoção da autonomia e a independência.

O trabalho de Hildegard H. Peplau, no final de década de 40, enfatizando o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente como instrumento básico de assistência, trouxe significativas transformações à assistência de enfermagem. O trabalho preconizava, sobretudo, a utilização de um plano para a assistência que deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando o profissional estabelece relações interpessoais com o paciente; assim, a assistência psiquiátrica, até então baseada em cuidados físicos, vigilância e contenção, centrou-se nas relações interpessoais. O enfoque na criação de um ambiente terapêutico, nas instituições, tinha como proposta humanizar a assistência, o que levou a uma participação mais efetiva da equipe de enfermagem na assistência global ao indivíduo, sendo este novo modelo cobrado tanto no contexto hospitalar como no extra-hospitalar (TEIXEIRA, 1997).

Segundo Furegato (1999, p.4), lentamente a enfermagem foi dando sua contribuição nesse processo de mudanças. O enfermeiro, então, reconheceu-se como terapeuta e entendeu que para oferecer uma assistência de qualidade não bastava executar as tarefas de vigilância, cuidados físicos e técnicos. Para a pesquisadora, a enfermagem “[...] percebeu que podia atuar também como elemento da equipe terapêutica e, através de suas atitudes, ajudar o

paciente a enfrentar suas dificuldades, voltar-se para a realidade e sentir-se capaz de viver em sociedade [...]”.

O modo de o enfermeiro intervir na assistência de enfermagem, com o advento da psiquiatria comunitária sofreu mudanças significativas. Assim, a prática do trabalho da enfermagem dentro do hospital psiquiátrico, teve seu campo de atuação ampliado para além do espaço hospitalar. Este modelo de enfermagem psiquiátrica originou-se nos Estados Unidos da América, nos anos 50, quando já se registrava a presença de enfermeiros trabalhando em ambulatórios psiquiátricos. Naquele país, a enfermagem psiquiátrica e a saúde mental se caracterizaram, na teoria e prática, como especialidades no tratamento (PEDUZZI, 1988).

Ainda segundo a autora, somente a partir da década de 60, com as propostas de implantação da Medicina Comunitária baseada em um Modelo Preventivista, é que houve a expansão do papel do enfermeiro psiquiátrico nas unidades ambulatoriais.

De acordo com Furegato (1999), a enfermagem psiquiátrica se caracterizou realmente como um ramo da enfermagem na década de 70, quando uma discípula de Peplau, Joyce Travelbee, nos Estados Unidos consagra a relação pessoa-a-pessoa na profissão da enfermagem. Seus conceitos baseados em combinações de teorias existencial-humanistas preconizam a relação do homem como ser existencial, que busca significado à sua vida e sofre com isso. A autora destaca que no Brasil, Maria Aparecida Minzoni muito contribuiu para a enfermagem psiquiátrica, ao enfatizar a importância da humanização da assistência ao doente mental e sua implementação nos serviços, preocupando-se inclusive com o treinamento de pessoal.

A enfermagem psiquiátrica, segundo Minzoni (1979), tem como função básica a criação e a manutenção do ambiente terapêutico e o relacionamento interpessoal positivo. Como ambiente terapêutico devemos compreender o espaço físico ou psicológico no qual se

procura dar alívio às tensões dos indivíduos que vivenciam ou não um transtorno mental, tendo como objetivos, de acordo com Taylor (1992, p.90):

[...] ajudar o cliente a desenvolver um senso de auto estima e valor pessoal, melhorar sua capacidade para relacionar-se com os outros, ajudá-lo a aprender e a confiar nas pessoas e possibilitar que ele volte à comunidade mais bem preparado para o trabalho e para a vida [...].

No que se refere à enfermagem psiquiátrica, entendemos que ela exerce um papel de agente terapêutico, cujo alicerce é pautado no relacionamento e nos cuidados voltados à compreensão do significado do comportamento e atitudes do paciente. Entendemos que os objetivos da enfermagem psiquiátrica podem melhorar a qualidade de vida do indivíduo em sofrimento mental, bem como promover a saúde no seu cotidiano, independentemente do quadro que ele apresenta e do prognóstico anunciado de acordo com os embasamentos teóricos.

A demanda de mercado de trabalho e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, atualmente, fazem com que a enfermagem psiquiátrica exceda às expectativas separatistas das profissões de saúde. Com a evolução dos conceitos da assistência em saúde mental, uma abordagem ao doente deve ser feita juntamente com outros profissionais, na efetivação de uma equipe multidisciplinar que se proponha a desenvolver ações interdisciplinares, sem perder de vista a compreensão pluri-profissional.

Assim a enfermagem psiquiátrica no início dos anos 70, em função das transformações ocorridas no Brasil, se expande para o espaço extra-hospitalar (Peduzzi et al., 1985) e nas décadas de 80 e 90, com a eclosão dos movimentos da Reforma da Assistência Psiquiátrica, os enfermeiros passaram a atuar em instituições extra-hospitalares, tais como

ambulatórios de saúde mental, núcleos de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas, hospitais dia, centros de atenção psicossocial e residências terapêuticas, dentre outras.

Os profissionais inseridos nestes serviços tiveram como função a criação de espaços de produção e o acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico. Nesses espaços viabilizaram-se a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, ou seja, neles eram promovidas a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo.

Na análise de Miranda, Rocha e Sobral (1999), a qualidade do cuidado em enfermagem psiquiátrica deve estar em consonância com a ética e a prática social libertadora da Reforma Psiquiátrica; nesse sentido, o cuidado deve ser promovido a partir do conhecimento da necessidade do indivíduo. O cuidado, para as autoras, tem como princípio básico dispensar acolhimento ao sujeito que se comporta de forma diferente, possibilitar alternativas para que ele possa expressar sua produção psíquica e facilitar interações no cotidiano.

Sendo assim, o cuidado em enfermagem psiquiátrica deverá ter como base objetiva a melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico a curto, médio e a longo prazos, pois só assim estaremos pontuando um novo referencial na assistência, que é acreditar que o transtorno mental refere-se ao sujeito. Nesta perspectiva, a enfermagem, além de acolher o sujeito com sua história de vida pautada em seu contexto psicossocial e político-cultural, possibilita intervenções terapêuticas.

O processo de reabilitação, para Saraceno (2001), é a reconstrução do exercício de cidadania e de contratualidade, indicando a construção da cidadania como ponto fundamental da reabilitação psicossocial. Dando continuidade a esse raciocínio, Soi (1999) afirma que o técnico só conseguirá (re) habilitar indivíduos quando houver um vínculo afetivo e contínuo, entre profissional e paciente, bem como desse com o serviço de saúde.

A abordagem dessas considerações teóricas se faz necessária para se construir uma articulação entre a história da loucura, a psiquiatria como disciplina e o caminho da enfermagem enquanto profissão, no contexto dos serviços e da assistência, buscando a reabilitação do doente e sua reinserção na comunidade como cidadão.

O trabalho e as experiências como enfermeiro na assistência em saúde mental, somados ao conteúdo do curso de mestrado em enfermagem psiquiátrica, durante o qual estudamos e discutimos a importância da utilização de atividades físicas como recurso auxiliar e complementar na assistência ao paciente psiquiátrico internado, possibilitaram que compreendêssemos as estratégias, abordagens e procedimentos utilizados como recursos no tratamento aos doentes mentais.

1.2 REVISÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A evolução humana traz anexada a ela a forma de entender, de cuidar, e de ver a loucura; o mesmo raciocínio aplica-se à loucura, que sofreu alteração da nomenclatura à forma de assistência aos diferentes.

Saúde e doença são processos que atingem o indivíduo, que dependem não só de fatores biológicos, mas também sociais, culturais, econômicos, entre outros. Tais processos encontram-se vinculados a determinantes visíveis a partir de indicadores, como sinais e sintomas apresentados pelos pacientes.

Ao longo da história da psiquiatria, observamos que os procedimentos utilizados na assistência ao doente mental, remontam a períodos que antecedem às primeiras civilizações humanas, quando já havia preocupação com a manifestação das doenças mentais e com as formas de contê-las.

Inicialmente, as enfermidades mentais eram atribuídas a influências múltiplas associadas às causas sobrenaturais; assim, a assistência tinha como base a cura dos males do espírito, sendo que até as doenças orgânicas tinham um referencial de causa sobrenatural. Em algumas culturas indígenas das Américas, África e Oceania, ainda relacionam transtornos mentais a influências malignas e causas sobrenaturais (RIBEIRO, 1996).

Um outro dado importante, mencionado por Coleman (1973), refere que os avanços da medicação e os primeiros conceitos de enfermidades mentais surgiram com Hipócrates, 460 a.C., que negava a influência sobrenatural e a relacionava à causas naturais, cujo tratamento seria o mesmo aplicado às doenças orgânicas.

A partir de então, há registros que filósofos e pensadores, como Platão, 429 – 347 a.C., Aristóteles, 384 – 322 a.C., e também que as civilizações Grega e Romana, já se preocupavam com a manifestação das enfermidades mentais; para tanto, buscavam recursos que pudessem aliviar o sofrimento dos portadores dessas doenças.

Na Grécia Antiga, a loucura era entendida como espaço de expressão para as divindades manifestarem suas mensagens, sendo o homem o instrumento de concretização maligna ou benigna, mas a etiopatogenia era tida como consequência sobrenatural.

Asclepiades, médico grego 124 a.C., receitava banhos, exercícios e massagens, a esse tipo de paciente. Embora desse importância às distinções entre doenças agudas e crônicas, considerava a doença mental como resultado de perturbações emocionais (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

Na Idade Média, em consequência das várias epidemias de peste e lepra, dentre outras, o conceito da loucura era atribuído à força da natureza, e as chagas no corpo do homem eram a manifestação orgânica da loucura. Assim, as falas incompreendidas dos loucos eram sinais indicativos de que os mistérios da natureza se manifestavam no comportamento humano.

Ainda na Idade Média, surgiu um tratamento mais humanitário embasado na fé e em ideologias cristãs. No entanto, no final deste período e início da Idade Moderna, a decadência social, política e econômica favoreceram a difusão e aceitação de idéias de bruxarias e possessão demoníacas, como manifestações das doenças mentais. Então, o tratamento humanitário aos doentes mentais cede lugar a maus tratos, privações e extermínio daqueles que tivessem comportamentos que demonstrassem estar com doença mental.

A exaltação exibida pelo doente mental levou a construção da sua representação como objeto de temor, reafirmando a necessidade de práticas segregadoras (VENANCIO, 2003).

No século XV, a perseguição religiosa aos diferentes levou à morte milhares de indivíduos, ato que evidenciou o papel da Igreja Católica frente a esses seres. Na busca pelo poder a Igreja Católica realizava perseguições a judeus, bruxas e também aos chamados insanos.

No final do século XV e no século XVI (Renascença), as atitudes em relação aos doentes mentais se modificaram, paulatinamente, em função de transformações políticas e sociais que norteavam os padrões de conduta da época, favorecendo o aumento de atividades intelectuais e científicas.

Já no século XVII, em razão dos movimentos intelectuais iniciados no século anterior, articulavam-se propostas de mudanças políticas em prol da diminuição do poder absoluto dos reis, o que fez surgir paralelamente um novo modelo econômico, o Mercantilismo, fundamentado na produção, no comércio e no consumo.

Em razão da configuração deste modelo, teve início o encarceramento de todos os indivíduos que nele não se enquadrassem. Assim teve continuidade a repressão aos diferentes (taxados como loucos e insanos) incentivados pelos dogmas religiosos, marcados pelo conceito econômico.

A mudança da relação do homem com o trabalho, a necessidade de uma disciplina moral e de um novo controle social foram fatores que formaram o paradigma de um mundo burguês em construção, tendo a exclusão continuidade também nesse novo modelo.

Para abrigar os excluídos, criaram-se em toda a Europa estabelecimentos de internação (sem nenhuma intenção de tratamento), locais onde velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e loucos eram encarcerados. Ali eram obrigados a trabalhos forçados, como punição ao ócio, considerado o pior vício da sociedade mercantilista.

Naquela época, de acordo com Venâncio (2003), a loucura era entendida como o reverso da razão, ou seja, a razão tentava penetrar no mundo estranho da loucura. Com isso, iniciou-se outra transformação, que ganhou na época um caráter moral, mas que também era desqualificante e a loucura foi caracterizada como um conjunto de vício dos homens (preguiça, avareza).

A partir das mudanças que aconteceram na Renascença, séculos XVII e XVIII, novas descobertas e teorias colaboraram para que surgissem transformações nos conceitos de várias áreas, inclusive na médica. Assim filósofos como Descartes, Hobbes e Spinozza, trazem contribuições significativas e novos fundamentos para o conhecimento do homem.

Na movimentação intelectual, o pensamento científico atinge transformações importantes, marcadas pela substituição das crenças pela razão. Esse movimento foi tão importante que o século XVIII ficou conhecido como “O Século das Luzes” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

A Revolução Francesa, 1789, com suas palavras de ordem “Liberdade. Igualdade e Fraternidade”, deu início a um processo de reabsorção dos excluídos, também

chamados necessitados, que incluía ajuda financeira, ajuda médica, locais de adoção e criação de estabelecimentos voltados à assistência de crianças. No entanto, os loucos, pelo estigma de violentos e perigosos a familiares e vizinhos, permaneceram encarcerados pela falta de proposta que pudesse combater estas crenças.

Esse quadro, porém, sofreu alteração quando o médico francês, Philippe Pinel, acrescentou profundas mudanças no tratamento das doenças mentais, ao se responsabilizar pela libertação de doentes dos hospitais La Bicetrê e Salpêtrière, ambos na França. Este médico também elaborou um sistema de classificação das enfermidades mentais, que modificou o pensamento a respeito da especialidade psiquiátrica na época (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

Até o final do século XVIII, a medicina, como profissão, não tinha manifestado ainda interesse em compreender a experiência da loucura por meio do discurso do indivíduo concebido como louco. Com a concepção formulada por Pinel, 1793, de que a alienação mental era um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso e na mente se manifestava à loucura, a mesma adquire um estatuto de “doença mental”, que requer um saber médico e técnicas específicas.

A loucura era concebida como um desarranjo das faculdades cerebrais e seus sintomas foram divididos em classes, assim denominados: mania, melancolia, demência e idiotismo. Tal concepção, como uma prática social da época, levava à reclusão os incapazes, separando os loucos dos demais, na tentativa de desenvolver estudos e obter a cura. Dentre as principais causas estavam: causas físicas – de origem cerebral (traumatismo na cabeça, formação defeituosa do cérebro e hereditariedade) e causas morais – consideradas as mais importantes, que referiam-se às paixões intensas e excessos de todos os tipos.

O novo espaço em que a loucura passou a habitar, foi denominado de asilo, local que pela primeira vez na história da saúde se transformou em um lugar de experimentação e cura.

De acordo com Jorge (2003), os conceitos de saúde e doença tinham como objetivo a manutenção da ordem pública, dentro de uma perspectiva social que seguia as normas do trabalho industrial e da moral burguesa. Ainda, segundo esse autor, nesse momento surgiu a psiquiatria, tendo sido o “alienismo” (alienação mental) a primeira escola de um saber médico específico, em razão de a loucura como doença (mental) necessitar de um saber médico particular.

O asilo, que tinha uma função terapêutica, era a base do tratamento, o qual preconizava a disciplina rígida e organização do espaço asilar. O objetivo do tratamento era confrontar a confusão do louco com a ordem asilar e com a razão do alienista, que naquela época deveria ser uma pessoa de moral intocável.

Na era Moderna, iniciou-se a linha teórica organicista, que serviria de orientação para a psiquiatria, porém contrapunha-se a outra linha de pensamento, a psicológica, que da mesma forma iria nortear os tratamentos e estudos dos distúrbios mentais.

No decorrer do século XIX, a loucura foi descrita com base na subjetividade, tendo como seus precursores Pinel, na França, Tuke, na Inglaterra e posteriormente, Esquirol,

No final do século XIX, a Escola Americana introduz a sociopsiquiatria, voltada à organização da personalidade em um dado contexto social, no qual onde a loucura passa a ser compreendida à luz da interação indivíduo – ambiente.

Para a compreensão das doenças mentais, Freud (1856 –1939) abriu caminho para que a psicanálise fosse instituída como um método para investigar os processos mentais, e esta, segundo Araújo (1996), poderia ser entendida como um método de investigação sobre

o funcionamento normal e anormal da mente e ainda, como um conjunto de teorias sobre as funções humanas.

As conceituações da Escola Americana deram continuidade aos trabalhos e pesquisas de Sigmund Freud, relativos à teoria da personalidade e introdução da psicanálise, que procurou, ainda, explicitar a relação do homem com o mundo. Para Freud a loucura era uma manifestação subjetiva que deveria ser ouvida e acolhida entretanto, a despeito dessas concepções o tratamento da loucura continuou sendo hospitalar com práticas terapêuticas que não absorveram o acolhimento ao que o louco teria para dizer. (COUBISER, 1992).

O hospital, como instrumento terapêutico, é recente (final do século XVIII – 1780), conforme Foucault (1999). Nele a transformação de assistência aos pobres, como instrumento terapêutico, teve como variável primordial a necessidade da disciplina, tais como vigilância constante, registro contínuo das atitudes executadas pelo indivíduo e técnicas disciplinares que permitiam a intervenção médica sobre o meio.

A publicação da obra *Psicopatologia Geral*, de Karl Jaspers, em 1913, impulsiona a evolução rápida e contínua das investigações no sentido de se prestar uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais.

No início do século XX, foram encontrados registros de várias tentativas de cura das enfermidades mentais, com métodos que vão ao encontro tanto de linhas organicistas como de linhas psicológicas. O predomínio das terapias biológicas: eletroconvulsoterapia, lobotomias, terapia insulínica e de novos medicamentos, nos anos de 1940 – 1950, constituíram-se em importantes recursos terapêuticos para época, principalmente no Brasil.

Em 1949, estudos de psicofarmacologia contribuíram para o tratamento de pacientes psiquiátricos, quando os sais de lítio foram indicados para tratamento da psicose maníaco-depressiva, a clorpromazina foi introduzida como medicação tranqüilizante e a

imipramina, utilizada em pessoas com quadro depressivo (CALIL; PIRES; MIRANDA; 1996).

Percebe-se que as conceituações sobre a loucura foram sendo determinadas pelas correntes teóricas evidenciadas na época, tendo evoluído no final do século XIX e começo do século XX para uma assistência fundamentada no modelo biológico, ocorrendo conseqüentemente, fragmentação do corpo e mente,

Concomitante a esta fase registramos o aperfeiçoamento das práticas psicoterápicas, que para Lino (1997, p.77), seria:

[...] um processo controlado e contínuo de comunicação com objetivos terapêuticos definidos. Subtende-se que, pelo menos um dos envolvidos possui habilitação e experiência para produzir transformações positivas no outro ou nos demais, através de comunicação regular [...]

As mudanças na área da saúde mental consolidaram, ainda, transformações nas instituições hospitalares voltadas à assistência psiquiátrica, tanto em termos de organização administrativa como na relação entre os vários profissionais. Os questionamentos nas formas de tratamento, provocaram o aparecimento da interdisciplinaridade nas ações de saúde mental e ainda provocaram a busca junto à comunidade de respaldo para procedimentos na área da psiquiatria (AMARANTE, 1994).

A perspectiva de transformação na área da saúde mental não ocorreu somente na forma de atuação do profissional que assiste o indivíduo com transtorno mental, mas também no conteúdo de suas ações, possibilitando novos papéis.

A atenção ao objeto do cuidado, na perspectiva da saúde mental, perpassa pela reestruturação da assistência, no desempenho de um papel que possa fazer um elo de ligação entre sujeito-serviço, sujeito-família, sujeito-comunidade e serviço-comunidade.

Com este novo enfoque esperava-se que o profissional mudasse sua prática, configurada nos moldes da assistência hospitalar (asilar, disciplinadora e asséptica) para uma atuação que o colocasse frente a seu paciente concebendo-o como uma pessoa e não como uma doença. Características como disponibilidade para ouvir o outro, construir um ambiente de acolhimento para a promoção da saúde tornaram-se requintes importantes a este profissional.

Com conceitos de comunidade e interdisciplinaridade, somados ao estudo de Caplan (1980) instituindo o modelo preventivo, conhecido como Psiquiatria Preventiva ou Psiquiatria Comunitária, a atenção à assistência psiquiátrica passa para o período conhecido como Terceira Revolução Psiquiátrica, após Pinel e Freud (KAPLAN; SADOCK, 1990).

Os recursos centrados em ações sociais surgiram com base em atividades interdisciplinares, ou seja, as atenções foram dirigidas também aos aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais, sob a responsabilidade de profissionais aptos, com formação nas disciplinas de psicologia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem e farmácia, dentre outras. Essa interdisciplinaridade permitiu que métodos e técnicas de uma determinada profissão fossem utilizados, se complementassem e viabilizassem um projeto de assistência dirigido a determinado sujeito e sua família, que viviam em comunidade.

A assistência psiquiátrica que tinha a doença mental como foco, começou a tratá-la de forma multi-profissional, isto é o campo de atuação da doença mental passou a contar com ações de diversos profissionais que demonstravam interesse pelo contexto em que estava envolvido o indivíduo, e, nesse contexto, as estratégias emergiam a partir do processo de discussões, com base no conhecimento específico de cada profissional. Desse modo, a atenção à saúde mental ampliou a possibilidade de novas abordagens para dar continuidades ao processo terapêutico destinado ao sujeito que vivenciava um transtorno mental.

A partir de então, com as estratégias inter e multi -profissionais, de acordo (Pitta, 2001) a assistência aos portadores de distúrbios mentais, foi fortalecida e valorizada. O paciente passou a ser visto como um indivíduo e a assistência centrada nos recursos do próprio sujeito, valorizando, assim, sua história de vida e possibilitando-lhe a construção de novas possibilidades.

Esta evolução é significativa e mostra resultados benéficos aos portadores de transtornos mentais. Na atualidade tratamentos ressocializantes, psicológicos e biológicos são cada vez mais utilizados na assistência psiquiátrica, permitindo a continuidade do processo terapêutico.

No Brasil, as mudanças na assistência psiquiátrica passaram a ocorrer de forma não sistemática a partir da Reforma Psiquiátrica, na década de 1970, buscando romper com o modelo tradicional de assistência à saúde, cujo alicerce era a exclusão do sujeito do convívio social e que tinha como característica longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos de grande porte.

A Reforma Psiquiátrica, no contexto brasileiro, emergiu como um processo de rompimento das práticas exclusivamente medicalizantes. O novo modelo assistencial assumiu particularidades regionais significativas no amplo espaço geográfico nacional. Atualmente, o cenário político-administrativo e teórico-conceitual sobre o qual a assistência à saúde mental se organiza, no Brasil, tem como estrutura preconizada o conceito de cidadania dos doentes mentais.

Este referencial está presente nos textos das três Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas no Brasil, em 1987, 1992 e 2001 e em inúmeros textos de articuladores técnico-políticos envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica, que tem a cidadania como centro.

Independentemente de ser considerada uma produção política-teórica, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é construir uma mudança no modo de os profissionais olharem a pessoa com transtornos mentais em seu sofrimento, não apenas a partir do diagnóstico em si mas da contextualização do processo saúde/doença mental, com a integração do conceito de saúde ao exercício da cidadania (BRASIL, 1992).

No entanto, para que isto ocorra há necessidade de se definir um “novo objeto” de conhecimento e de assistência: não mais voltado ao doente mental que necessitava ser *isolado* para ser *recuperado*, mas para uma pessoa que apesar de ser diferente dos padrões culturais, tenha garantido seus direitos de cidadania, ou seja, que esteja “incluído” como sujeito de direitos na sociedade, inclusive nos quesitos de saúde.

Esta abordagem implica alterar significativamente as relações sociais em geral, promovendo amplas modificações nas instituições que tratam dos doentes mentais, geralmente foco de ação político ideológica.

A reforma não se restringe apenas à criação de serviços abertos, mas está relacionada à crítica do saber médico-psiquiátrico (inclusive à forma de construção desse saber) que estrutura todas as práticas assistenciais psiquiátricas.

Ao se afirmar os direitos de cidadania dos doentes mentais no contexto da Reforma Psiquiátrica atualmente (refrão insistentemente repetido nos discursos técnicos e políticos), sabe-se que atualmente é preciso ir além da aparência de que a Reforma necessária exige novos equipamentos e dispositivos de assistência (serviços abertos). Trata-se, antes de tudo, de algo anterior, de uma crítica radical ao saber construído a partir do objeto “doença mental”.

Nesse novo paradigma político, social, científico e assistencial – Reforma Psiquiátrica – a cidadania é o instrumento central da abordagem terapêutica e, simultaneamente, a meta a ser atingida. Compreende-se que os serviços abertos e a utilização

de determinadas técnicas ou recursos terapêuticos não asseguram direitos de cidadania para os doentes mentais; ao contrário, a ampliação da sua autonomia em relação aos exercícios contratuais nas três esferas de relações – habitat, rede social e trabalho com valor social - é que vai lhe dar a condição de cidadania. Portanto quando se tem como meta a reabilitação psicossocial (e não mais a cura), a habilidade do indivíduo em efetuar plenamente trocas nesses três cenários é a medida de exercício de sua cidadania (SARACENO, 2001).

A complexidade do conceito de cidadania não mais restrita ao reconhecimento de direitos, de acordo com Bezerra Junior, (1992, p. 124), mas ao “processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo”. , infere a idéia de loucura/doença mental não mais como defeito, falha ou desqualificação, o que corresponde a uma nova ética no cuidado: não mais o isolamento e a classificação, mas a inclusão, o acolhimento, a compreensão e a ampliação da cidadania.

A superação das práticas repressivas e excludentes, características do modelo de atenção médico-psiquiátrica, em direção ao desenvolvimento de modos de cuidar/tratar voltados para a atenção psicossocial é algo já bastante difundido no discurso do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, a constituição de uma rede de serviços extra-hospitalares facilita, mas não garante a execução desse projeto terapêutico inovador.

Para que aconteça a inclusão dos “doentes mentais” como cidadãos, no processo terapêutico e na sociedade, é necessário não só reorganizar a rede de serviços ou substituir as técnicas terapêuticas, é preciso ir além. Inicialmente, os trabalhadores da saúde mental devem reconhecer que sua condição de cidadania, como sujeitos integrantes de um aparato institucional (saber e práticas psiquiátricas) representaram na história da civilização ocidental um importante mecanismo de controle social. Somente a partir daí, os profissionais puderam se reconhecer como agentes de mudança, na medida em que não se resignaram ao papel de agentes da opressão e da exclusão. Entretanto, sem essa consciência das contradições

de sua prática, a assistência tenderá a reproduzi-las, ainda que em contextos aparentemente diferentes do hospício (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A descrição de forma evolutiva dos vários tipos de assistência aos indivíduos portadores de transtornos mentais, no presente estudo, demonstra a configuração de bases sustentáveis que evidenciam a construção de um novo paradigma das práticas assistenciais em saúde mental, que vão além do paradigma específico da psiquiatria.

O termo psicossocial surge, então, das contribuições advindas de estudos a partir de concepção da psiquiatria como: antipsiquiatria, psiquiatria do setor, psiquiatria comunitária, psiquiatria democrática e psicoterapia institucional. Passou a ser utilizado com importância significativa para designar novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial) que utilizava outras aspirações conceituais, fundamentação teórico-técnica e ainda uma outra ética, não mais centrada somente no paradigma psiquiátrico (ROSA, 2003).

Os princípios que definem o modelo psicossocial de assistência são sustentados em quatro parâmetros básicos, segundo Rosa (2003):

1. conceituação do processo saúde e doença e dos meios teóricos-técnicos que abrange: uma determinação e consistência psíquica, sociocultural dos problemas, e não orgânica. Neste contexto, os conflitos e contradições devem ser considerados tanto essenciais e indispensáveis ao sujeito, quanto eventuais a sua situação e desta forma podem não ser removidos com efeitos de ações terapêuticas; nele o sujeito é tido realmente como sujeito e não como objeto; a escuta é um importante instrumento na personalização da ajuda e a abordagem dos problemas devem ser feitos pela objetivação existência-sofrimento e não doença-cura;
2. concepção da organização das relações intra-institucionais, que abrange: inclusão da divisão do trabalho interprofissional; relações intrainstitucionais horizontalizadas e

- não verticalizadas pois a relação da instituição com a clientela e população depende da forma como os agentes trabalham na instituição; é fundamental a distinção, dentro da instituição, do poder decisório (origem política), da coordenação (origem no saber), não se enfatizando a ligação saber/poder e a gestão deve ser feita por participação e não por delegação;
3. concepção de como a Instituição e seus agentes se relacionam com a clientela e a população em geral: neste item, a instituição situa-se como exterioridade em relação ao território, no sentido de permeabilidade, pois ela não é espaço de clausura do usuário e da população; as ações são pautadas na integralidade em extensão (no território) e em profundidade (considera todo o complexo da demanda), difunde a não valorização das ações estratificadas por níveis (primária, secundária e terciária), instituições como oficinas e cooperativas de reintegração socioeconômica e culturais e não hospital psiquiátrico; as relações devem ser de interlocução, não tratando os usuários com distinção de: loucos (doentes) e não loucos (sadios);
 4. a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: inclui reposicionamento do sujeito - recuperação dos direitos de cidadania (uma ética da singularização) e da capacidade do sujeito de se situar frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é acometido (contratualidade social).

A variedade da terminologia nos remete à etimologia e aos sentidos comuns dos termos atenção, psicossocial e reabilitação dado a eles no presente estudo, de acordo com Michaelis (1998), temos:

atenção: substantivo; aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa; concentração; reflexão, aplicação; ato ou palavra (s) que demonstra(m) consideração; amabilidade; urbanidade; cortesia ou devoção com alguém; Acolher; ter em vista; escutar atentamente;

observar; notar; receber com atenção ou cortesia; tomar em consideração; escutar atentamente.

Psicossocial: adjetivo: aglutinação de psico com social; atividade ou estudo relacionando aspectos psicológicos juntamente com aspectos sociais (distintos dos aspectos políticos e dos econômicos);

Reabilitação: substantivo; ato ou efeito de reabilitar (se) recobrimento de crédito, de estima, ou de bom conceito perante a sociedade; restituir à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais;

Assim, a compreensão sobre reabilitação psicossocial indica um recurso que viabiliza a participação do sujeito junto à sua equipe de tratamento, com base em um conjunto de conhecimentos, aptidões e capacidade legal para desempenho de alguma atividade, impondo, segundo Pitta (2001), um sentido de cobrança de crédito, estima ou bom conceito perante a sociedade. De acordo com este conceito, é de fundamental importância que o sujeito seja mobilizado como participante principal em seu tratamento, acreditando que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a manifestação da crise até o reconhecimento do envolvimento familiar e social nos seus problemas. Espera-se que todos (equipe, paciente, família, comunidade) assumam a sua parte no projeto terapêutico, cuja participação perpassa pela reflexão em torno da reabilitação, que vai além da técnica como uma estratégia.

A compreensão acerca da reabilitação extrapola a especificidade das profissões de saúde, cujas ações têm pontos de inserção que abrem possibilidades para criatividade do agir, que se relacionam às habilidades e capacidades, tanto dos profissionais como do usuário inserido na assistência em saúde mental.

O termo reabilitação leva à reflexão contínua de que não há limite definido para este processo de buscar de ações que não estejam dentro de um protocolo organizado academicamente para produzir reabilitados.

Saraceno (2001), enfatiza que ao enfocarmos a reabilitação devemos entendê-la como um processo de reconstrução do sujeito e dos profissionais, para dar continuidade ao exercício pleno da cidadania. A reabilitação tem como base três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho.

Para o autor, devemos entender que o usuário com transtorno, além da motivação, deverá desenvolver atividades e ocupação de acordo com suas habilidades, fomentos imprescindíveis ao exercício da cidadania.

Os resultados da reabilitação devem ser monitorados, pois fatores como destruição do caráter e cronicidade do transtorno mental, poderão encaminhar o sujeito, mesmo no espaço reabilitativo, a um ambiente asilar.

Para Saraceno (2001), o aumento da capacidade normal do usuário em sua comunidade vai além das técnicas de reabilitação, pois encontra-se vinculado ao nível da continuidade e da afetividade usuário-profissional, provenientes da relação e da cumplicidade entre ambos, que têm uma análise de conteúdo micro. Este aumento está ainda, atrelado à caracterização estrutural e funcional do espaço de inserção no trabalho de reabilitação, no qual tanto o usuário como também o profissional deverão apresentar satisfação e que deve ser organizado de maneira a contemplar interesses de ambos – dos assistentes e dos assistidos o que caracterizaria uma análise de conteúdo macro.

Ao pensarmos em reabilitação, devemos levar em conta uma interação que não pode ser que se contextualize o marco político, organizacional e estrutural, devido à necessidade de modificação do conteúdo do serviço, para que técnicas de controle possam dar um resultado significativo.

No entanto, a organização do pessoal dentro de um serviço pode fomentar a criação de variáveis que possibilitarão ao usuário construir novos alicerces, peças fundamentais para a reabilitação psicossocial (SARACENO, 2001).

Para Pitta (2001, p.19), a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que podem facilitar a vida das pessoas que têm problemas sérios e persistentes de saúde mental. A autora relata que a reabilitação psicossocial, segundo a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1985, é assim definida:

[...] o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo daria ênfase às partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustadas as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado [...].

Na atualidade, a assistência em saúde mental tem relação direta com o movimento da reforma dos hospitais psiquiátricos asilares. A desinstitucionalização, surgida na década de 60 nos EUA, montou um aparato de serviços assistenciais comunitários com vistas à redução do ingresso ou à permanência de pacientes dentro do hospital psiquiátrico, com o objetivo de desospitalizar (AMARANTE, 1995).

Em função deste novo paradigma, as estratégias básicas em saúde mental passaram a ser a desospitalização, desinstitucionalização, prioridade nas ações extra-hospitalares e multiprofissionais, inserção das ações de saúde mental nos serviços gerais e o resgate e preservação dos direitos de cidadania dos usuários.

Nesse novo paradigma, o profissional deve direcionar um novo olhar à clientela, aproximar-se da comunidade, valorizar e utilizar os saberes e práticas populares nas atividades a serem desenvolvidas junto ao paciente, além de adotar de princípios, como implementar projetos terapêuticos objetivados, ter responsabilidade com a clientela e dar acolhimento aos usuários, a fim de estabelecer vínculos.

Segundo Saraceno (2001), é necessário que se modifiquem as características do serviço oferecido para que os conhecimentos adquiridos possam ser viabilizados.

No entanto, vale a pena destacar que a criação de novos serviços de atenção não altera a forma de o profissional compreender e praticar a psiquiatria. Assim, muitas vezes por desconhecimento dos profissionais ou pela filosofia do serviço, estes desenvolvem práticas antigas com novas roupagens. O importante, nesse cenário, é considerar a construção do processo de reabilitação psicossocial como uma prática possível de ser aplicada nos serviços de saúde mental.

Para Saraceno (2001), a reabilitação implica a necessidade de o profissional de saúde considerar o outro como cidadão, antes mesmo de qualquer pensamento, decisão técnica ou execução de seus planos terapêuticos; deve, portanto, reconhecê-lo como indivíduo, apesar de toda sintomatologia existente. A capacitação do profissional é condição necessária para argumentação com o usuário sobre as decisões tomadas para este ou por aquele procedimento em seu tratamento.

Esses aspectos, a nosso ver, envolvem variáveis que estão inclusas em um plano terapêutico voltado para esse indivíduo, nos serviços de saúde mental, que com certeza, dariam respostas que justificariam as ações objetivadas nas ofertas de um equipamento voltadas à assistência em saúde mental. Desta maneira, teríamos todas as práticas teóricas vigentes como critérios para responder às questões complexas às quais nos referimos anteriormente, ou seja, terapias medicamentosas, psicoterapias, consultas médicas, terapias ocupacionais, práticas expressivas e socioterápicas, desenvolvidas através da arte, do corpo e de processos terapêuticos em núcleos de assistência, dentre outros.

A profunda insatisfação com o modelo de atenção à saúde mental vigente em nosso país, predominantemente hospitalar, que segrega o sujeito levando-o à cronificação e realçando crenças estigmatizantes, deu origem a movimentos de contestação que além de criticarem as concepções arcaicas sobre doença mental, propunham ampla reformulação do modo de lidar com os transtornos psiquiátricos.

Para que a atenção ao paciente psiquiátrico tivesse continuidade, foi necessário promover mudanças nos dispositivos terapêuticos utilizados na assistência psiquiátrica. Assim, criaram-se outros espaços de acolhimento, como Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial e Serviços de Internação Parcial, além de recursos extra-hospitalares como oficinas terapêuticas, programas comunitários, lares abrigados, residências terapêuticas e cooperativas de trabalho, instrumentos que viabilizaram transformações significativas no tratamento psiquiátrico (BRONZ, 1997).

Segundo Ribeiro (1996), os conceitos de medicina comunitária acentuaram a importância da interdisciplinaridade na avaliação dos distúrbios mentais, da ação de vários outros profissionais a nível de prevenção e tratamento, bem como da visão do paciente como um todo.

Estes novos conceitos incorporaram a denominação de “Saúde Mental” aos serviços anteriormente conhecidos como “psiquiátricos”. Diante disso, foi preciso fazer uma reestruturação nos serviços e nas especialidades dos elementos que compõem a prática médica psiquiátrica, incluindo, além de médicos e psicólogos, os enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, profissionais que passaram a desempenhar um papel ativo no atendimento psiquiátrico extra-hospitalar.

Os princípios da Reforma Psiquiátrica, consagrados no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (março/86) e referendados pela IX Conferência Nacional de Saúde (agosto/92), contemplaram a integralidade da atenção à saúde; a regionalização e hierarquização dos serviços; a descentralização das ações de saúde; a redefinição das relações entre os prestadores de serviço; a reorientação das políticas de recursos humanos, tecnológicos e científicos, apontando para a implantação do Sistema Único de Saúde.

Assim, a municipalização da saúde, a descentralização das decisões, as novas formas de gerenciamento, os critérios de financiamento para o setor, assim como a

participação da população organizada no gerenciamento dos serviços oferecido colocam na ordem do dia que a modernidade pode ser alcançada no setor de saúde, principalmente nas questões que preocupam e sensibilizam os vários segmentos da sociedade civil.

A Declaração de Caracas estabelece que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos sistemas locais de saúde, deve normalizar a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. Estabelece, ainda, que os recursos, cuidados e tratamentos direcionados ao doente mental devem ajustar-se de modo a assegurar o respeito aos direitos humanos e civis; estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados e ainda propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário. (BRASIL. MS., 2000).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, cuja temática foi “cuidar sim, excluir não”, a atenção à saúde mental foi abordada dentro de uma rede de atenção a pessoas que sofrem de transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde e constitui-se num desafio por anexar, ainda, outros temas importantes, como injustiças, iniquidade e exclusão social. Dessa forma, foram definidas as características gerais dos serviços de saúde mental e complementares, indicando que a atenção nesta área não deveriam ser realizadas em manicômios (instituição fechada), mas em serviços abertos e o menos restritos possíveis, tais como: Hospital Geral, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Cooperativas, Grupos de Trabalhos, Hospitais-Dia e Noite, Lares e Pensões Abrigados, Associações Comunitárias, Grupos de Auto-ajuda, Oficina Abrigadas, entre outros.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem em seus princípios uma quebra da conceituação do fenômeno loucura e a intensa patologização dos comportamentos humanos; e neste sentido, busca mudar o foco do atendimento, deslocando-o da patologia e voltando seu olhar para a maneira como o sujeito vive e percebe seu sofrimento.

O Ministério da Saúde, através da adequação da Portaria 224, de 1992, viabilizou o custeio de novos procedimentos para os serviços de saúde mental, possibilitando a configuração de uma rede de atenção nesta área com maior amplitude de ações e com adoção de outros procedimentos terapêuticos, em substituição à internação psiquiátrica. Além da nova configuração, estas portarias viabilizaram, ainda, assegurar os direitos dos clientes, promover a cidadania e favorecer a reintegração social dos portadores de transtorno mentais.

Neste sentido, de acordo com (BRASIL. MS. SUS, 2004, p.12):

[...] surgem os serviços de saúde mental em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” [...]

Em 2001, foi aprovada a Lei nº. 10.216, que preconiza aspectos humanitários ao doente mental, instituindo temas que assegurassem legalmente a indiscriminação do indivíduo com transtorno mental, bem como seus direitos enquanto cidadão. De certa forma, com a aprovação desta legislação concretizou-se a possibilidade para estruturação de uma rede de atenção em saúde mental mais diversificada e que viabilizasse a adoção de outros procedimentos terapêuticos, além da internação psiquiátrica.

A Lei nº. 10.216 assegura à pessoa com transtorno mental direitos, como: acesso a um tratamento humanizado, respeitoso e em ambiente terapêutico; tratamento direcionado para sua manutenção ou reinserção em seu ambiente familiar, comunitário e laboral; proteção contra abuso ou exploração e tratamento preponderante em serviços comunitários, e ainda prioridade na criação de recursos extra-hospitalares, tornando a internação o último recurso assistencial. (BRASIL. MS. SUS, 2004):

Esta nova legislação atualizou a Portaria de nº. 224 do Ministério da Saúde que normalizava o atendimento em saúde mental até então. Para a introdução de novos procedimentos em saúde mental e dando continuidade aos preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, criou-se a Portaria nº. 336/GM que regulamenta os serviços substitutivos e os integra à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os serviços disponíveis, a população conta com Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS e os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs.

O CAPS, segundo transcrição em texto (SUS, 2004, p.13), é

[...] um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida [...]

Então o CAPS é uma instituição de saúde destinada a acolher pacientes com transtornos mentais, os quais devem ser estimulados por um projeto terapêutico elaborado com o fim de auxiliá-los a buscar autonomia suficiente para que possam resgatar suas potencialidades, a ponto de serem integradas à sua comunidade. Com esse apoio, estes sujeitos com sua singularidade, sua história e cultura deverão se mostrar capazes de enfrentar os afazeres da vida cotidiana, isso porque a sua integração às atividades do projeto lhes possibilitará oportunidades de concretizar sua reabilitação psicossocial.

O objetivo do projeto deve ser o de oferecer atendimento à população da área de abrangência do CAPS, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social do sujeito por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, além de fortalecer os laços familiares e comunitários.

Em conformidade com as diretrizes (BRASIL. MS. SUS, 2004), os Centros de Atenção Psicossociais visam: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a

inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esportes, cultura e lazer; montar estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas e, por fim, organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território.

A Portaria nº. 336/ GM classifica o CAPS em cinco modalidades, a saber: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPSi II – infantil e CAPS ad II (para dependentes de substâncias psicoativas). De acordo com o porte, complexidade e abrangência populacional, são definidos como “serviços ambulatoriais” de atenção diária, que funciona a partir da lógica do território. (BRASIL. MS., 2002a).

A referida Portaria elaborada a partir da Lei 10.216 e da norma operacional de assistência à saúde – SUS, para orientar e nortear o funcionamento deste tipo de serviço aponta na tabela abaixo as seguintes características do CAPS:

Tabela - Características dos CAPSs,. segundo a Portaria nº. 336, do Ministério da Saúde.

	CAPS I	CAPS II	CAPS III
População da área	20.000 a 70.000 hab.	70.000 a 200.000 hab.	Acima de 200.000 hab.
Horário de funcionamento	Segunda a Sexta Feira Em dois turnos Das 8h às 18h	Segunda a Sexta Feira Em dois turnos Das 8h às 18h ou até 21h – terceiro turno	Segunda a Domingo 24 horas por dia
Equipe Mínima de profissionais por turno	1 médico saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de níveis superiores 4 profissionais de níveis médios	1 psiquiatra 1 enfermeiro de saúde mental 4 profissionais de níveis superiores 6 profissionais de níveis médios	2 psiquiatras 1 enfermeiro de saúde mental 5 profissionais de níveis superiores 8 profissionais de níveis médios

*Fonte: BRASIL. MS., 2002a

Com esta configuração, esta Unidade de Saúde Mental poderá articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial, de modo que cada usuário de CAPS deverá ter um projeto terapêutico individual, isto é um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade. Este procedimento personalizará o atendimento a cada pessoa na unidade e fora dela, além de lhe preparar um conjunto de atividades a serem desenvolvidas durante sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, pois de acordo com o projeto terapêutico individual do usuário, o CAPS poderá oferecer atendimento conforme determinação da Portaria 336/GM/02:

cuidado intensivo: atendimento diário oferecido pela equipe, quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Estes atendimentos poderão ser domiciliares, se necessário, podendo o cliente receber de 13 a 22 atendimentos no mês;

cuidado semi-intensivo: atendimento de 4 a 12 vezes ao mês, para usuários que tenham o sofrimento e desestruturação psíquica diminuídos e melhorado seus relacionamentos. Ainda assim, a pessoa necessita de atenção direta da equipe para estruturar sua autonomia, podendo esse atendimento ser domiciliar, caso necessário;

cuidado não intensivo: atendimentos de 1 a 3 vezes ao mês, oferecidos ao sujeito que não precisa de suporte contínuo da equipe, para realizar suas atividades na família e/ou no trabalho e para viver em sua comunidade/território. O atendimento poderá ser domiciliar, caso seu projeto terapêutico exija seu procedimento.

Assim exposto, os projetos terapêuticos evidenciam a inclusão com o constructo de trabalhos voltados à inserção social, desde que respeitados as possibilidades individuais e os princípios de cidadania de cada sujeito, visando diminuir o estigma da doença mental e estimular a sua vida diária.

No projeto CAPS deverão estar inseridos o sentido contínuo da promoção e os estímulos para troca de oportunidades afetivas, simbólicas e materiais, fatores capazes de favorecer a criação de vínculos e a interação humana, pois as pessoas atendidas nestes serviços apresentam sofrimentos psíquicos sérios que, na maioria das vezes, impossibilitam-nos de viver normalmente e realizar seus projetos de vida.

Para que seja possível a realização dos projetos terapêuticos, a Portaria 336/GM cita como atividades assistenciais desenvolvidas neste tipo de serviço:

atendimentos individuais: consulta médica, prescrição de medicamentos, psicoterapias, orientação;

atendimentos em grupo: oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de rendas, de alfabetização e culturais; grupos terapêuticos; atividades esportivas e de suporte social; grupos de leitura, de debate e de confecção de jornal;

atendimentos para a família: atendimento nuclear e a grupo de famílias; atendimento individualizado a familiares; visitas domiciliares; atividades de ensino e de lazer com familiares;

atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições da comunidade, que tenham como objetivos: trocas sociais, integração do serviço e dos usuários com a família com a comunidade e com a sociedade em geral. Essas atividades podem ser festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e em grupos de centros comunitários;

assembléias ou reuniões de organização do serviço: a assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento do CAPS, como um lugar de convivência. Sendo preferencialmente semanal, reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados para juntos, discutirem, avaliarem e proporem encaminhamentos ao serviço.

A discussão dos problemas e sugestões sobre convivência, atividades e organização do CAPS ajudam a melhorar o atendimento oferecido.

Para atender a esse quadro de atividades, o CAPS deverá ter um espaço próprio e adequadamente preparado para dar atenção a sua demanda específica, dispor de um ambiente continente e estruturado, pois muitas vezes seus projetos ultrapassam a própria estrutura física do serviço em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações. O trabalho nesse tipo de Unidade de Saúde Mental visa atender o sujeito com sua singularidade e complexidade de cidadão.

Para Bezerra Junior (1987), a equipe terapêutica tem como um dos seus principais objetivos, propiciar condições que favoreçam a expressão dos conflitos através de várias formas de comunicação, viabilizando oportunidades para estratégias e ações terapêuticas.

Com relação à variedade de atividades grupais, o autor preconiza que o grupo tem a possibilidade de favorecer a expressão do paciente, viabilizando a superação da solidão diante de um contexto planejado e estruturado pela equipe, possibilitando alianças e desenvolvimento de ações de solidariedade envolvendo todos os participantes, que beneficiaria a análise e avaliação do projeto terapêutico de cada paciente.

Para seu desenvolvimento, o CAPS como um equipamento de saúde mental, deverá estar articulado à rede de serviços de saúde e a outras redes sociais de setores afins, para fazer frente à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão ou são marginalizados pela sociedade por vivenciarem um transtorno mental.

Analisando os conceitos preconizados pela Lei 10.216 e Portaria 336/GM, em prol do desenvolvimento da saúde mental, observamos que no processo de construção dos serviços de atenção psicossocial, as demandas das relações diárias com o sofrimento e as singularidades desse novo tipo de atenção tornam ineficientes as teorias e os modelos prontos

de atendimento. Assim, é preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno, pois compreendê-las é importante para conceituação prática da reabilitação psicossocial.

O termo reabilitação psicossocial vem sendo utilizado, pelas unidades especializadas em saúde mental, para englobar uma variedade de programas assistenciais, os quais se destinam à diferentes grupos de pessoas, sejam aqueles tradicionalmente considerados pacientes, ou aqueles que eventualmente podem ser convertidos em pacientes psiquiátricos.

Essas unidades de saúde mental regionalizada devem contar com uma população de usuários definida e com uma equipe multiprofissional para lhes dar atendimento de cuidados intermediários, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. A equipe propicia uma assistência que se estende não somente ao controle da sintomatologia do indivíduo, mas busca promover sua recuperação, reabilitação e reinserção social, procurando com isto estabelecer um papel de resistência à psiquiatrização progressiva, evitando a cronificação institucional, além de estimular a participação do usuário nos espaços organizados e autônomos da comunidade. Valoriza o envolvimento de familiares no processo de tratamento, como também colabora na construção da autonomia dos pacientes, para que estes se mostrem socialmente úteis, desde que sejam respeitados os limites de cada um. Com isso, os profissionais de saúde buscam transformar progressivamente a relação da sociedade com o doente mental quanto a valores, superação de paradigmas, preconceitos e opiniões culturalmente preestabelecidas.

O CAPS tem como objetivos: acolher, oferecer e acompanhar tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo a pessoas em sofrimento psíquico e com graves dificuldades de inserção social, que apresentem quadros psicóticos e neuróticos graves, lançando mão de uma rotina de atividades terapêuticas, de reabilitação e ressocialização;

efetivar a criação de novas práticas que possam distanciar e não se assemelhem à caracterização de ações manicomiais para o tratamento do sofrimento psíquico; construir um novo corpo de conhecimento a partir desta prática, possibilitando o desenvolvimento de estratégias e intervenções dirigidas à promoção da cidadania dos indivíduos.

Referindo-se à ampliação progressiva do conjunto de práticas terapêuticas ofertadas a população, Bezerra Junior (1987, p.137) já afirmava que:

[...] o aumento da oferta de serviços na área de saúde mental significa reconhecer a importância do sofrimento psicológico como óbice para o bem estar da população e o direito que ela tem de poder contar com o que há de melhor no campo das terapêuticas para enfrentá-lo. Mais ainda: possibilita que muitas situações conflitivas ou mal-estares psíquicos que de outro modo seriam vividos como fatalidade ou remetidos a causas e soluções equivocadas (místico-religiosas, políticos-ideológicas etc...) sejam enfim reconhecidos por profissionais habilitados e tratados de modo mais adequado, quer através de técnicas psicoterápicas, quer através de uso de outros instrumentos terapêuticos bem administrados [...].

Enfim, o CAPS busca mobilizar recursos e definir diretrizes quanto às concepções de tratamento; viabilizar um sentido terapêutico que emergirá a partir do seu potencial de promover trocas e envolver cada sujeito, especificamente, na construção de seu cotidiano.

As ações para atingir estes objetivos são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, dentro de limites quantitativos mensais fixados por atos normativos da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e procuram:

- propiciar um cuidado individualizado ao usuário em saúde mental;
- realizar uma abordagem multiprofissional quanto às ações e intervenções terapêuticas;
- resgatar a possibilidade da autonomia dos sujeitos adoecidos e capacitá-los para uma participação social;

estimular a participação dos usuários em atividades produtivas oferecidas em espaços específicos e comunitários na própria comunidade;

promover e incentivar atividades sócio-recreativas e culturais.

Pelo exposto, vimos que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como objetivo a implantação de um sistema de saúde igualitário, descentralizado, universal, formado de serviços regionalizados e hierarquizados, culminando na proposta de serviços comunitários realizados pelo governo, dentro das peculiaridades de cada Estado. Da mesma forma, esperamos que esses conceitos tenham continuidade e a mesma configuração dentro dos municípios, com a organização do gestor municipal.

Para Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica com sua contextualização e estratégias de ações não garante uma característica não-manicomial ao indivíduo, simplesmente pelo fato de um serviço ser externo ou aberto. O importante é pesquisar a estrutura dos serviços, as ações dos profissionais frente à assistência ao doente mental para, posteriormente, diagnosticar se há resquícios manicomial ou não.

Os programas comunitários, para Fagundes (1998), além de necessitarem de intensa atividade de pesquisa, planejamento, implantação progressiva, flexibilidade gerencial, financiamento compatível e de adaptação às características da clientela alvo, deveriam adotar também políticas de cuidados ampliados, ao lado da implantação de modalidades terapêuticas importantes à substituição do hospital.

Todavia, é importante que façamos uma reflexão a respeito dos benefícios que as várias intervenções produzem no indivíduo acometido de sofrimento mental. Para tanto, os profissionais de Saúde devem continuar buscando novos conhecimentos e estratégias voltados à assistência de pacientes psiquiátricos, condizentes com as suas necessidades.

Após estas considerações feitas, ficou evidente que a atenção em saúde mental tem evoluído significativamente, e isso nos motivou a elaborar um trabalho que evidenciasse

a compreensão das atitudes dos portadores de transtornos mentais frente aos recursos freqüentemente utilizados em seu tratamento. Dentro do enfoque da reabilitação psicossocial, os vários procedimentos disponíveis viabilizam uma assistência centrada nas demandas do sujeito, onde o planejamento assistencial para as doenças mentais caminha além do transtorno mental. Mas enfatizamos que, para que o sujeito contribua com seu tratamento, é necessário que seja participante ativo do processo, como cidadão, pois acreditamos que as intervenções são significativas e produzem resultados benéficos aos portadores de transtornos mentais.

As razões expostas no presente projeto fundamentam os nossos questionamentos sobre o conhecimento do usuário sobre os recursos utilizados na assistência psiquiátrica, bem como sobre a contribuição que estes recursos para o seu cotidiano, levando-nos a crer que isto pode ser uma variável que dificulta sua aderência ao tratamento e, como consequência, dificulta as abordagens utilizadas em seu benefício.

Pretendemos ater-nos somente aos aspectos da compreensão do usuário frente a sua experiência com a assistência que recebe, não sendo proposta deste projeto questionar modelos de tratamentos, instituições e profissionais envolvidos na assistência em saúde mental no município de Ribeirão Preto.

Acreditamos que este trabalho possibilitará às equipes profissionais de instituições voltadas ao atendimento em saúde mental uma melhor compreensão de suas abordagens no tratamento psiquiátrico, a partir da visão do usuário portador de transtorno psíquico.

Deverá permitir, ainda, compreensão da atitude do usuário frente ao seu tratamento, ampliando, assim, os efeitos benéficos dos recursos já existentes.

Com o intuito de aprofundar e contribuir para o desenvolvimento da assistência em saúde mental apresentamos a seguir os objetivos do presente estudo.

2 OBJETIVOS

- 2.1- Verificar junto aos usuários, de um Caps, seus conhecimentos sobre as estratégias utilizadas em sua assistência terapêutica;
- 2.2- Identificar a avaliação que o usuário faz do projeto terapêutico, delineado para seu tratamento, considerando as atividades como contribuição para sua assistência

3 - METODOLÓGIA

3.1 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Demo (1989), a metodologia não surge como solução para os questionamentos evidenciados em um trabalho científico, mas possibilita desenvolver um projeto de pesquisa seguro, no qual as ações sejam fundamentadas em critérios elucidativos.

Em razão das características do trabalho, com a compreensão de que no referencial psicossocial o sujeito tem participação no desenvolvimento da estrutura organizacional do serviço, demonstra a maneira de se relacionar com os demais, participa das decisões de seu tratamento e expõe seus interesses e subjetividades, direcionamos o percurso metodológico para uma abordagem qualitativa.

As abordagens qualitativas não têm a finalidade de estabelecer leis que possam levar à generalização, pois os dados advindos deste tipo de pesquisa objetivam uma compreensão mais aprofundada de certos acontecimentos sociais, propiciando subsídios para promover mudanças e transformações das quais participam os sujeitos envolvidos.

As abordagens qualitativas, conforme Minayo (1998, p.10), são

[...] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas [...]

Na especificidade do campo da saúde/ doença, a abordagem qualitativa permite um caminhar cheio de reflexões relacionadas ao saber teórico e prático desenvolvidos dentro dos serviços de saúde, considerados também instituições organizadas, estruturadas e com objetivos dirigidos à clientela dos sistemas de saúde.

Para Goldenberg (1998,p.53), [...] os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los [...].

Desta maneira, para esse estudo usaremos para representar o tratamento de dados a análise de conteúdo por entender que este processo permite captar a apreensão dos sujeitos em relação a um dado objeto.

O desenvolvimento desse procedimento teve como ponto inicial uma literatura de primeiro plano, para atingir em um segundo momento os significados manifestos e latentes deste material qualitativo, permitindo posteriormente uma análise temática que é uma das técnicas utilizadas como análise de conteúdo.

Este tipo de análise possibilita que um tema seja ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto, permitindo um feixe de relações que segundo Bardin (1979, p.105) poderá ser apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo. Conforme este autor: [...] o tema é a unidade de significação que liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura [...].

Para Minayo (1998, p.209), a Análise Temática tem três fases distintas:

[...] 1º A pré-análise: definida como escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.

2º Exploração do Material: consiste na operação de codificação, que realiza-se na transformação de dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto, permitindo a escolha de categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

3º Tratamentos dos Resultados Obtidos e Interpretação: onde o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material [...].

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O presente projeto foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS) Unidade de Saúde Mental, inclusa na estrutura organizacional da secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, situada no interior do Estado de São Paulo. Escolhemos este serviço por ele apresentar em sua estrutura organizacional vários recursos terapêuticos destinados a pacientes portadores de transtorno mental.

As propostas de reorientação da assistência em saúde mental, no município de Ribeirão Preto, caminham desde a década 1990 em direção à reforma da saúde. Os primeiros passos foram a abertura da Central Única de Regulação, em 1991, e a compilação de uma proposta de saúde mental em 1993, que indicaram a necessidade da criação de novos serviços que caminhassem no sentido contrário ao modelo hospitalocêntrico asilar hegemônico, cuidando para que práticas manicomiais psiquiátricas e alienantes não se perpetuassem sob uma nova fachada, mas que tivessem resolutividade e garantissem a continuidade do tratamento.

Em 1995 foi aberto sob a gestão do município o primeiro serviço de saúde mental, abrangendo todo Distrito Sanitário Central (atende a uma área de aproximadamente 100 mil habitantes e está dividido em 45 bairros). Esse serviço recebeu o nome de Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS e estava integrado à rede de saúde, atendendo 05 unidades básicas de saúde e tinha como proposta de funcionamento a organização do serviço com base nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; aplicar uma diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistenciais, em decorrência da multiprofissionalidade na prestação de serviço e da ênfase na participação social. Esse conjunto de fatores trouxe resultados significativos à assistência aos portadores de transtorno mental da cidade Ribeirão Preto,

Em 2002, a Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu a atualização das normas da Portaria MS/SAS nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. Com isso, viabilizou-se a mudança da nomenclatura do Núcleo de Atenção Psicossocial para Centro de Atenção Psicossocial na Modalidade CAPS II, o que possibilitou que os procedimentos realizados por este serviço fossem remunerados através do sistema Autorização Para Alta Complexidade- APAC, bem como fossem incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. (BRASIL. MS., 2002a).

O CAPS integra uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental atendendo em dois turnos de trabalho, é a porta de entrada, na rede de serviços, para as ações relativas à saúde mental, especificamente de usuários na faixa etária de 18 anos ou mais, egressos de Unidade de Internação Psiquiátrica (Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas – Enfermaria de Psiquiatria Prof. Dr. Luiz da Rocha Cerqueira, Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve- EPIB e Unidade de Emergência Psiquiátrica), devido à sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atende, também, a usuários encaminhados por outros serviços de saúde e de saúde mental do município, desde que, respeitando a área de abrangência territorial.

Com a viabilidade do cadastramento, foi possível fazer uma reestruturação na organização funcional deste serviço de Saúde Mental, que atenda às diretrizes e normas estabelecidas para funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial voltado à reabilitação psicossocial.

Esta Unidade de Saúde Mental funciona como um serviço aberto, com horário de funcionamento de Segunda a Sexta Feira das 07h30min às 17h30min podendo atender um teto de 45 usuários em cuidado intensivo, 75 em cuidado semi-intensivo e 100 em cuidado não intensivo.

O espaço físico do CAPS compreende uma área de 600 m², sendo 400 m² construída em alvenaria, com a seguinte distribuição: entrada principal; sala de espera; sala de estar para usuários; 02 banheiros (masculino e feminino para usuários e familiares); salão de atividades expressivas; 03 salas para atendimentos individuais ou pequenos grupos; sala para atividades grupais; sala para a equipe; 02 banheiros para equipe (masculino e feminino); refeitório para 25 pacientes; posto de enfermagem; entrada de serviço (carga/descarga, ambulância); jardim, corredor externo com área livre; salão para terapia ocupacional (grupal e individual); salão para realização das oficinas; banheiro com chuveiros para usuários; almoxarifado; sala da administração; cozinha e copa para refeições de funcionários.

A avaliação inicial dos usuários encaminhados ao serviço é realizada por todos os técnicos de nível universitário, em sistema de rodízio. O processo consta de entrevistas individuais e, a seguir, discussão dos problemas do paciente com outros profissionais da equipe, quando se estabelece o plano terapêutico inicial.

Cada paciente admitido tem como referência um profissional, cuja função é servir de elo entre ele e a equipe, para viabilização do plano terapêutico elaborado. O profissional também deverá estabelecer com o paciente um contrato de tratamento, bem como cuidar das alterações deste documento. O CAPS possui planos diferentes para os usuários, pois uns têm frequência diária na unidade, em período integral, enquanto outros frequentam apenas em um período do dia; há, ainda, aqueles que participam somente de atividades programadas para a semana. Assim, a forma de cuidado (intensivo, semi-intensivo, não intensivo e alta) é realizada individualmente, de maneira sistemática e dinâmica. Após a alta

do Centro, o usuário é encaminhado ao Setor Ambulatorial de Saúde Mental de referência do Distrito Central.

Para cumprimento dos objetivos do Centro de Atenção Psicossocial, existe a necessidade do estabelecimento de rotinas e regras semelhantes às do cotidiano dos usuários. Faz parte da rotina de funcionamento do Centro oferecer, diariamente: café da manhã, almoço e lanche da tarde aos usuários; quanto às demais atividades, estas são distribuídas nos cinco dias da semana.

O aporte medicamentoso, nesse local, fica a cargo da Farmácia do Setor de Ambulatório Específico de Saúde Mental do Distrito Central, com rotina de prescrição médica diária para os cuidados intensivos e dispensação direta para os cuidados semi-intensivos e não-intensivos.

O Centro de Atenção Psicossocial conta com uma equipe mínima de profissionais, e devido à falta de recursos humanos, a proposta de reabilitação e ressocialização encontra barreiras que impedem sua continuidade. As parcerias com Universidades (cursos de Psicologia, Enfermagem, Musicoterapia), que se estendem pelo período de 10 meses no ano é o que tem auxiliado na manutenção das propostas terapêuticas.

As expectativas para ampliação de atividades no Centro, assim como a ampliação do setor de recursos humanos são constantes, pois no espaço privilegiado para o tratamento, a equipe técnica realiza também outras intervenções e ações que demandam ocupações funcionais, o que acaba interferindo na alocação dos profissionais, devido ao aumento de oferta de atividades. Como mencionado, todos os técnicos participantes dos programas do CAPS estabelecem um contrato singular de trabalho com o usuário, levando em consideração seus recursos pessoais e de formação, fatores que favorecem sobremaneira o desenvolvimento deste tipo de trabalho terapêutico. Porém, o cotidiano da assistência prestada aos usuários encaminhados ao serviço, encontra-se prejudicado pela grande demanda e pelas

dificuldades apontadas pelo gestor local do município, referentes à disponibilização de recursos humanos e materiais para o serviço.

Para desenvolvimento da proposta terapêutica o CAPS, tem como equipe:

- 1 enfermeiro, mestre e doutorando em Saúde Mental, cuja função é a de Gerente administrativo;
- 2 médicos psiquiatras, com carga horária de 20 horas semanais, distribuídos em dois turnos de quatro horas/diárias;
- 2 enfermeiros especialistas em saúde mental, com carga horária de 20 horas semanais, distribuídos em dois turnos de quatro horas/diárias;
- 1 psicóloga, com carga horária de 20 horas semanais, que trabalha em um turno de quatro horas/diárias;
- 1 assistente social, com carga horária de 30 horas semanais;
- 1 terapeuta ocupacional, com carga horária de 20 horas semanais, que trabalha em um turno
- 2 auxiliares de enfermagem, com carga horária de 40 horas semanais, distribuídos em turno de oito horas/diárias;
- 1 agente administrativo, com carga horária de 40 horas semanais, que trabalha em turno de oito horas/diárias;
- 2 auxiliares de manutenção geral, com carga horária de 40 horas semanais, distribuídos em turno de oito horas/diárias.

O projeto terapêutico é definido pela equipe multiprofissional com participação direta e indireta dos usuários e familiares, propiciando aos primeiros o poder de contratualidade e responsabilidade pelo seu próprio tratamento. Essa proposta deve ser reelaborada quando não mais estiver respondendo às necessidades desses usuários, já que é monitorada por um profissional, denominado profissional de referência que se responsabiliza pelo desenvolvimento e avaliação da proposta referida para cada usuário. Para efetivação do projeto terapêutico, o profissional utiliza, rotineiramente:

Atendimentos Individuais:

médicos: consultas com psiquiatras, avaliações, orientações, atendimentos eventuais e de intercorrências, psicoterapias, dentre outros;

psicológicos: psicoterapia, avaliação psicológica, orientação ao paciente e familiares; acompanhamento terapêutico;

sociais: atendimentos, avaliações e orientações sócio-familiar;

farmacológicos: atendimentos e orientações medicamentosas;

terapia ocupacional: atendimentos, avaliação e orientações específicas;

atividades individuais para reinserção social;

enfermagem: acolhimento, manutenção e observação do cuidado pessoal na vida diária, orientação para o auto-cuidado, recepção do paciente, observação e anotação permanente, acompanhamento, efetivação e controle da prescrição medicamentosa, visita domiciliar, atendimento.

Atendimentos Grupais:

grupos operativos, grupos de acolhimento e avaliação para psicoterapia, psicoterapia de grupo, grupo multi-familiar, grupos de terapia ocupacional, grupos de atividades expressivas e corporais (relaxamento, atividade física, tai-chi, musicoterapia), assembléias gerais.

Atendimento Familiares:

atendimentos nucleares e atendimentos multi-familiares.

Oficinas Terapêuticas:

efetivadas de acordo com o plano terapêutico individual.

Visitas Domiciliares:

avaliação medicamentosa, busca ativa, acompanhamento terapêutico.

Atividades de Reinserção Social:

Estímulo à participação do usuário nas atividades produtivas dentro e fora do espaço institucional, realizadas em parcerias com Centro de Atendimento da 3ª Idade, Secretaria da Cultura, Secretaria de Esportes, Clubes Esportivos e Recreativos da cidade, Legião da Boa Vontade (LBV), Associação Loucos pela Liberdade, dentre outras.

3.3- SUJEITOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram deste estudo, 14 usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, total que corresponde a 9,7% do total de pacientes em tratamento no serviço.

Esse critério de representatividade é o que Thiollent (1985, p.62) chama de “amostra intencional”, ou seja, “[...] um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que eles representam em relação a determinado assunto [...]”.

Para inclusão no estudo, os usuários, de ambos os sexos, deveriam estar na faixa etária entre 30 e 50 anos, permanecer por um período mínimo de 20 dias em semi-internação e com alta programada ou já terem passado por esse processo e fazer parte das atividades de rotina das oficinas terapêuticas diárias no serviço por um período programado de seis meses. A idade média dos sujeitos que participaram do presente estudo foi de 44,6 anos. Suas características são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro I – Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Usuários participantes do estudo (n =14)

nomes	Id.	Est. civil	escolaridade	Profissão	Ocupação	Transtorno
Antenor	46	Solteiro	Ensino médio completo	Protético	Sem Ocupação	F31.2- transtorno afetivo bipolar- episódio atual mania com sintomas psicóticos
Julia	45	casada	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar Escritório	Sem Ocupação	F32.1- episódio depressivo moderado
Carla	38	Solteira	Ensino médio completo	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F20.0- esquizofrenia paranoíde
Josefa	51	Casada	Ensino fundamental incompleto	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F31.7- transtorno afetivo bipolar atualmente em remissão
Cristina	58	Separada	Ensino médio completo	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F31.1- transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
Gabriel	32	Solteiro	Ensino médio completo	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F42.2- transtorno obsessivo compulsivo – forma mista, com idéias obsessivas e comportamento compulsivo
Marcelo	51	Separado	Ensino fundamental incompleto	Motorista	Sem Ocupação	F.32.3- episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
Augusto	40	Separado	Ensino fundamental incompleto	Pedreiro	Sem Ocupação	F20 - esquizofrenia
Sueli	59	Solteira	Ensino médio completo	Professora	Sem Ocupação	F20 – esquizofrenia
Álvaro	36	Solteiro	Ensino médio incompleto	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F20 – esquizofrenia
Silvio	49	Solteiro	Ensino fundamental incompleto	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F20 – esquizofrenia
Alex	36	Solteiro	Ensino superior incompleto	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F20.1- esquizofrenia hebefrênica
Rosa	54	Casada	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de serviços gerais	Sem Ocupação	F33.3- transtorno depressivo recorrente episódio atual grave com sintomas psicóticos
Beatriz	30	Solteira	Ensino fundamental incompleto	Sem qualificação profissional	Sem Ocupação	F20.1- esquizofrenia hebefrênica

**Para o presente estudo foram utilizados nomes fictícios para usuários e profissionais*

3.4 - INSTRUMENTOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP, para análise (Anexo A). Após sua aprovação, numa reunião com equipe de profissionais do CAPS, expusemos os objetivos da investigação, bem como solicitamos a colaboração de todos os profissionais para a empreitada.

Para alcance dos objetivos do nosso trabalho, utilizamos dois instrumentos na coleta de dados (Apêndice B e C),

O primeiro instrumento (Apêndice B) continha informações, sobre a caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, que obtivemos no prontuário e sobre os recursos utilizados na assistência (recebidos pelo participante da pesquisa, na unidade referencial do estudo). Subdividimos este último item em 1 e 2. O primeiro explicitava o plano terapêutico elaborado pela equipe, dados que obtivemos em consulta ao prontuário do paciente e o segundo mostrava a resposta dado pelo paciente para a seguinte questão:

“Na sua opinião, quais atividades desenvolvidas por este serviço fazem parte de seu tratamento?”. Observamos que, na maioria das vezes, o paciente reafirmava as atividades que realmente estavam prescritas em seu plano terapêutico.

O segundo instrumento tratou de uma entrevista com roteiro semi estruturado (Apêndice C), na qual buscamos conhecer a opinião dos usuários sobre a importância dos recursos utilizados no seu tratamento psiquiátrico e ainda, se estes eram satisfatórios ou insatisfatórios.

Atendendo aos objetivos desta investigação, entrevistamos sete pacientes do sexo masculino e sete do sexo feminino, os quais atenderam aos critérios de inclusão preestabelecidos.

3.5 - Coleta de Dados

Para apreensão do objeto em estudo, e tendo em vista os objetivos desta investigação, realizei, no período de dezembro de 2004 a abril de 2005, a coleta de dados, utilizando como técnica, a entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado, com algumas questões abertas sobre o tema proposto, permitindo ao informante falar livremente sobre elas (Apêndice C).

A escolha por esse tipo de entrevista se deu por entender que o instrumento possibilitaria ao entrevistado, discorrer sobre as atividades, emitindo suas opiniões, sentimentos, idéias e crenças. O informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e dentro do tema proposto, poderia trazer contribuições para o objeto investigado, através da sua participação no contexto das atividades desenvolvidas no local de estudo (TRIVIÑOS, 1992).

Para Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um instrumento, cujo roteiro é utilizado para orientar uma “conversa com finalidade”. As questões são elaboradas de forma abrangente, de modo a possibilitar ao pesquisador abordar aquilo que deseja, a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos do objeto de investigação.

Entramos em contato com os usuários no próprio serviço onde faziam o tratamento, e nesse momento agendamos dia, horário e local da entrevista. No primeiro encontro, fizemos a exposição dos objetivos do nosso trabalho, solicitando confirmação de sua participação, mas antes entregamos a cada um deles o termo de consentimento (Apêndice B), documento que continha informações sucintas sobre a pesquisa para que eles lessem. Quando percebíamos que o paciente apresentava dificuldade na leitura do referido

documento, o pesquisador fazia a leitura para ele. E se houvesse concordância em participar do estudo, o usuário deveria assinar o documento; somente após realizávamos a entrevista.

Optou-se por esse procedimento de coleta em função das dificuldades e limitações dos próprios usuários. Assim, o instrumento para entrevistá-los busca compreensão suficiente para captar suas expressões.

Gravamos todos os depoimentos com a permissão dos informantes, sendo-lhes assegurado o anonimato e o sigilo das informações. Ao término de cada encontro, procurávamos registrar nossas impressões sobre cada entrevistado, seus gestos, tom de voz, dúvidas, silêncios e outros aspectos da comunicação não-verbal apresentados por ele. De acordo com Triviños (1992, p.148.), [...] se a entrevista gravada é acompanhada de anotações gerais sobre atitudes ou comportamento do entrevistado, pode contribuir melhor ainda aos esclarecimentos que persegue o cientista [...]

Alguns dos depoentes, apesar da nossa familiaridade e convívio, apresentaram-se preocupados e inibidos, por causa do gravador, fato percebido pela alteração de sua voz e pela dificuldade na formação das frases, mas no decorrer da entrevista essas características foram desaparecendo.

O tempo da entrevista variou de trinta minutos a uma hora e, ao término, foi permitido que os sujeitos ouvissem a gravação. Em caso de dúvida, podiam sugerir mudanças ou acrescentar algum dado novo às entrevistas.

A convivência, em razão de ser servidor efetivo do local de estudo, facilitou-nos manter uma relação de proximidade com as pessoas que ali trabalham e também com os usuários. Procuramos então observar, sob uma nova perspectiva, as atividades oferecidas e a participação dos pacientes.

No período em que foi realizada a coleta de dados 150 usuários frequentavam o Centro de Atenção Psicossocial .

A etapa seguinte constituiu-se da transcrição das fitas-cassetes, atividade feita pelo próprio pesquisador. Após cada transcrição, este fez leituras exaustivas e repetidas dos relatos, conseguindo com isso destacar dados relevantes que, posteriormente, dividiu em dois grupos: atividades positivas e atividades negativas.

Todos os entrevistados receberam um nome fictício, a fim de preservar a sua identidade.

3.6 Análise das Entrevistas

De posse das entrevistas passamos a etapa seguinte, ou seja, à análise do material coletado, tendo como referência os objetivos do estudo, a abordagem metodológica e os temas que emergiram das falas. Entendemos como análise, a continuidade do processo no qual o trabalho proposto é visto de forma integrada e dinâmica. De acordo com Minayo (1998, p.197), esta fase busca atingir três objetivos:

[...] o que eu percebo na mensagem, estará lá realmente contido? Minha leitura será válida e generalizável? [...] como ultrapassar o olhar imediato e espontâneo e já fecundo em si, para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdos e estruturas latentes? [...].

A análise possibilitou- nos ir além da compreensão individual e solitária do trabalho; entender os significados dos conteúdos advindos de observações dos personagens que atuavam no local onde desenvolvemos a pesquisa; ter melhor compreensão dos dados coletados; confirmar ou não o objeto de estudo e ter maior clareza desse objeto, ampliando, assim, os conhecimentos sobre o tema pesquisado.

De acordo com o referencial metodológico procuramos:

1º) Na Fase de Pré Análise: ordenar os dados, reunindo todos aqueles obtidos no trabalho de campo (entrevista com todas as transcrições e as leituras das anotações registradas);

2º) Na Fase de Exploração do Material: classificar os dados através de intensas leituras dos textos transcritos, destacando os mais significativos, construindo, com base nos registros das entrevistas, duas categorias (A - Atividades que contribuem para tratamento dos pacientes; B - Atividades que não contribuem para o tratamento dos pacientes) relacionadas às atividades oferecidas e elaboramos as atribuições de significados, para cada atividade;

3º) Na Fase de Tratamento dos Resultados obtidos e Interpretação: discutir e analisar a atribuições de significados estabelecendo uma articulação entre a proposta terapêutica da equipe, as atividades apontadas como tratamento pelo sujeito e referencial teórico preconizado para o estudo, possibilitando relacionar mais facilmente a teoria com a prática.

4 – Resultados e Discussão

A análise e discussão do presente estudo buscaram uma articulação com o seu objetivo que foi realizar uma avaliação sobre as atividades do projeto terapêutico elaborado para a assistência dos usuários, em sofrimento psíquico, que estão se tratando em um Centro de Atenção Psicossocial. Essa análise teve como referencial teórico a reabilitação psicossocial e uma abordagem metodológica qualitativa. Na análise das entrevistas, foi empregada a técnica de análise temática das entrevistas-semi-estruturadas realizadas com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Assim, seguindo o referencial metodológico escolhido, contextualizamos as atividades oferecidas como Projeto Terapêutico no CAPS, em duas categorias: 1) atividades que contribuem para tratamento dos usuários; 2) atividades que não contribuem para o tratamento dos usuários. Extraímos estas categorizações a partir dos relatos dos participantes, da pesquisa, quando mencionavam como percebiam o plano terapêutico elaborado para eles no local do estudo.

a) Atividades que contribuem para o tratamento dos usuários.

Dentro das ações elaboradas pela equipe multiprofissional, com o fim de atingir os objetivos por ela propostos, segundo atos normativos propostos pelo Ministério da Saúde, o CAPS em estudo tem promovido e incentivado atividades sócios-recreativas, visando estimular a participação dos usuários em trabalhos produtivos desenvolvidos em espaços específicos da comunidade.

As atividades desenvolvidas no CAPS vêm consolidar, ainda, as conceituações de Amarante (1994), no que se refere ao aparecimento da interdisciplinaridade nas ações em saúde mental. O autor reforça a importância da relação entre os diversos profissionais da equipe interdisciplinar que irão sustentar com suas atividades as transformações das

instituições voltadas à assistência psiquiátrica que, de certa forma, são percebidas pelos usuários do CAPS, conforme exemplificado nestes relatos:

[...] Porque o pessoal, todo mundo trata a gente muito bem. Tenho nada pra falar mal, falar de ninguém, tudo mundo é atencioso, eu já cheguei a ter problema e aí eu vim correndo pra cá, atrás da Andréa, chorei, conversei com ela. Me atendeu, tudo direitinho, então, aqui é um lugar bom, um lugar que a gente tem, assim, alguém que possa ouvir a gente [...].**Gabriel**

[...] Não, aqui eu acho que um ambiente desse aqui, nunca pode acabar. Porque tem muita gente, devia ser assim. Oh, eu acho que um grupo, uma casa psiquiátrica assim deveria ter pra todo mundo no Brasil, pelo menos um vez por ano passar[...].**Marcelo**

Assim sendo, além das suas funções específicas, o profissional, na percepção dos usuários, demonstra disponibilidade pessoal para o trabalho coletivo. Na sua atuação, utiliza-se da formação teórico-prática para se integrar à amplitude de necessidades que o trabalho em saúde exige. As atitudes destes profissionais fazem com que os pacientes se sintam assistidos no cotidiano, caracterizando-se, assim, as funções deste serviço.

Os usuários referiram-se à atividade física e a musicoterapia como recursos que favoreciam o seu tratamento. Ao atribuírem significados a essas atividades, consideraram-nas importantes para alívio de tensão e melhoria do nível do humor.

[...] Eu gosto muito da atividade física, da educação física que a gente tem aqui. Eu acho que o CAPS deveria dar mais isso pra gente, porque em casa a gente não tem capacidade de fazer nada. Eu saio daqui, vou pra minha casa e fico deitada, ouço vozes, elas mandam eu ir pra rua, mandam eu me suicidar, eu estou tomando os meus medicamentos religiosamente, mas continuo ouvindo vozes. Então a atividade física traz mais alegria do que a gente ficar contando problema, por que a gente fazendo atividade física o problema sai da cabeça da gente. E pra mim a atividade física, quando não tem no CAPS, é um sofrimento [...].**Julia**

[...] Eu gosto da musicoterapia. Tem os instrumentos, a gente canta. Eu me sinto bem. Eu me sinto... eu to sempre feliz. Eu não tenho nada que me magoa. [...] Eu me sinto bem, porque eu gosto de cantar. Eu me sinto bem cantando. Não sinto nada, eu me sinto normal. Assim, não tem nada que me abata. É, eu me sinto bem com a minha família., me ajuda no geral, assim, me ajuda. **Sueli**

[...] Eu gosto da ginástica. É uma distração na cabeça. Ao invés de ficar sentado pensando besteira, fazer alguma coisa ... Ah, me sinto mais aliviada. Mais... sinto vontade de varrer a casa, cuidar das coisas lá em casa, porque eu to cuidando [...].

Beatriz

Esses relatos vão ao encontro dos princípios de reabilitação psicossocial preconizados por Rosa, Luzio e Yasui (2003). Os autores inferem que seus efeitos aparecerão quando o sujeito, frente a uma atividade definida como terapêutica, expressar capacidade de se situar frente aos conflitos e contradições pelos quais atravessa e é atravessado, ao vivenciarem um transtorno psiquiátrico.

Nesse contexto, percebemos que a atividade física e a musicoterapia apresentam-se como procedimentos que viabilizam a participação do sujeito numa equipe de tratamento, quando demonstra sua aptidão à prática desportiva e a outras habilidades que poderão aumentar sua capacidade de desempenho.

As atividades corporais, de uma forma geral, proporcionam aos usuários a oportunidade de expressarem a percepção que têm de si mesmos frente a um procedimento que, inicialmente, não está vinculado ao problema mental, mas que durante o desenvolvimento das ações surge como disparador de sentimentos vivenciados e como alívio para as tensões geradas pelas condições de vida dos usuários.

Santos (2001), argumenta que as atividades físicas de uma maneira geral constituem-se em um importante recurso, por possibilitar e ampliar os meios de abordagens aos indivíduos acometidos de sofrimento mental e, ainda, que durante os exercícios o paciente expressa o seu jeito de ser, suas singularidades e esses comportamentos deverão ser considerados em seu tratamento.

Observando os relatos, encontramos os usuários se referindo à DANÇA DO VENTRE e ao TAI CHI como atividades que contribuem para seu tratamento. Nas atribuições de significado surgiram as expressões: percepção do próprio corpo; melhora da auto-estima e sensação de alívio.

[...] Foi quando eu fiz a dança do ventre. Eu fiquei mais assim, a minha estima mais segura, fiquei mais segura. Foi muito bom fazer, conhecer também outras culturas. Eu fiquei com mais auto-afirmação. Ah, eu saindo daqui, em casa eu faço as minhas coisas sem ter problemas, eu tenho o meu serviço em casa, além de estar aqui tem a minha casa também, né? Sou eu que lavo, passo, arrumo a casa. Não só de casa, mas todos os compromissos que eu tenho. Fico mais sossegada, fico mais tranqüila, não me irrita fácil, procuro entender melhor as coisas. **Carla**

[...] Atividade que eu gosto muito mesmo. Não é por nada, eu gosto é o Tai chi. Parece que não, parece que meu corpo anda. Pra mim é muito importante, muito importante. Quando eu entro na atividade, eu entro um pouco ansioso, depois quando eu saio, parece que eu saio livre, que foi tão bom pra mim, tava com um peso nas costas. Então quando eu entro e faço essas atividades, parece que eu fico mais leve, sabe? Vou embora um pouco mais alegre. Eu fico bem graças a Deus. Eu fico bem, vou embora alegre graças a Deus. Pra mim, só alegria, graças a Deus. Eu chego em casa, parece que não, parece que é um relaxamento que você consegue se concentrar tira a cabeça, esquecer um pouquinho daqueles problemas que você tem em casa, dos problemas então você quando acaba, nossa, eu gosto demais [...]. **Augusto**

Em consonância com essas observações estão os argumentos, de Richardson et al. (2005), de que os resultados da prática de exercício físico em pacientes com transtornos mentais assemelham-se aos resultados de intervenções de psicoterapia, aliviando sintomas como baixa auto-estima e isolamento social.

De acordo com Santos (2001), ao se colocar parâmetro de atenção ao corpo e ao permitir, em alguns momentos, a manifestação dos gestos e atitudes corporais através de atividades físicas, estaremos elaborando um instrumento facilitador de grande importância, na busca da superação das dificuldades apresentadas por pessoas acometidas por sofrimento mental.

Observamos que os relatos dos usuários estão em concordância, ainda, com as definições de Reabilitação Psicossocial preconizada pela International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985). Segundo a Associação, reabilitação é um processo que visa facilitar ao indivíduo com limitações a restauração da sua autonomia da melhor maneira possível, bem como promover o exercício de suas funções na comunidade, dando ênfase às partes mais sadias e à totalidade de seus potenciais.

Uma das ferramentas utilizadas nos serviços abertos, no enfoque da reabilitação psicossocial, é o Grupo Operativo. Para os usuários, ele se apresenta com os significados de partilhar os problemas, inserção social e respeito ao outro.

[...] Uma das atividades que eu não só achei importante, mas eu gostei, me atraiu e quase me levou a escolher uma profissão, foi grupo operativo. A gente escolhia o assunto, debatia e dava opinião e isso eu, eu gostei muito dessa atividade. [...] Eu gostei, eu comecei a gostar de todas as atividades, isso me estimulou demais. [...] Ajudou a pegar amizade, socialmente [...] A lidar com mais respeito a minha família, mas eu tô satisfeito porque eu tô respeitando a vida. [...] Tô dando valor mais à minha vida, [...] antes eu gostava de tudo, agora eu respeito tudo. **Alex**

[...] Acontece que as pessoas falam dos seus problemas e os outros, as outras pessoas falam, assim, o que elas acham e a Dra. Camila também fala. A gente, é um desabafo, a gente chega ruim assim, porque às vezes não passou bem em casa e a gente chega lá conversando com a Andréia na reunião, aí a gente desabafa as outras pessoas respondem, dá conselho, ajuda. Ajuda assim, quando chega em casa tem vontade de trabalhar. Pega a faxina e tem vontade de fazer uma faxina. Quando eu venho aqui, eu chego em casa eu faço as coisas melhor. Porque eu sinto bem aqui. Porque é o lugar que me acolheu, que eu não tinha aonde ir. Porque é o lugar que me ajuda, aqui é a minha primeira casa [...]. **Josefa**

O desenvolvimento constante das atividades, no projeto terapêutico, possibilita que as atenções sejam dirigidas, ainda, para as áreas psicológica, social, econômica e cultural. Os profissionais (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos, dentre outros) também podem desenvolver os procedimentos da reabilitação psicossocial, preconizados por Pitta (2001). De acordo com a autora, os métodos e técnicas de uma determinada profissão são utilizados, para complementar e viabilizar um projeto de assistência dirigido a determinado sujeito que pertencente a uma família e vive em comunidade. Mas a assistência vai sendo construída a partir dos recursos do sujeito, levando-se em conta a valorização de sua história de vida e a viabilização da amplitude de suas possibilidades como cidadão, mesmo que vivenciando um transtorno psíquico.

Para Rosa (2003), a escuta é importante instrumento na personalização da ajuda, caso em que a abordagem dos problemas deve ser feita pela objetivação existêncio-sofrimento e não pela doença-cura, dando ênfase à determinação, consistência psíquica e sociocultural dos problemas e não somente à parte orgânica. As estratégias emergem de discussões com base no conhecimento específico de cada profissional, o que amplia a possibilidade de novas abordagens em saúde mental, para continuidade do processo terapêutico destinado ao sujeito em sofrimento psíquico.

Com relação às atividades grupais, Bezerra Junior (1987) conceitua que o grupo tem a possibilidade de favorecer a expressão do paciente, promovendo a superação da solidão num contexto planejado e estruturado pela equipe. Também considera que as alianças e o desenvolvimento de ações de solidariedade envolvendo todos os participantes, beneficiariam a análise e avaliação do projeto terapêutico de cada paciente.

Nesse sentido, a Psicoterapia Individual e a Psicoterapia Grupal receberam atribuições de significados importantes, como elaborar os problemas; enfrentar; dar indício e elaborar a realidade, observados nos seguintes relatos:

[...] Bom, uma atividade que eu faço, eu acho que é a terapia individual. Eu acho que me faz bem a terapia individual. É porque essa é a única atividade que eu consigo me soltar mais aqui no CAPS, soltar o que tá dentro de mim, pôr pra fora, falar tudo. Apesar que é poucos minutos, 40 minutos mais ou menos, mas eu acho que é a hora que eu me abro mais. Que eu consigo pôr pra fora. Eu acho que eu devia me abrir com a médica, mas ela não tem esse tempo disponível, então eu me abro com a estagiária. É a terapia, não vou falar que eu me sinto alegre ou bem. Mas eu sinto que eu tô compartilhando a minha vida com outra pessoa, compartilhando os meus problemas, tô dividindo a minha vida. Eu não tô sozinho. Eu posso chegar aqui e falar o que aconteceu, o que tá acontecendo, sobre o passado, sobre o futuro. É o momento de compartilhar o que é meu com outra pessoa. Eu acho que tenho dificuldade de me relacionar de pôr pra fora as coisas. É o momento que eu faço isso, por isso eu me sinto bem. É como se eu fosse assim, se eu fosse morrer, pelo menos uma pessoa conheceu um pouco da minha vida. Eu não morri anonimamente. Eu penso assim, mais ou menos. Sim, eu fico bem, não só com isso, mas o fato de estar sendo atendido aqui, o tratamento em si, eu tô assim, eu me sinto amparado. Não me sinto jogado, eu sinto que eu tô fazendo o que eu posso fazer, o que eu tenho a fazer oferecer para os meus problemas mentais e emocionais. Eu sinto assim, como se eu tivesse fazendo a minha parte [...].**Cristina**

[...] No grupo, Ah, eu converso algumas coisas, eu sinto que eu falo algumas coisas e escuto alguma coisa que é muito importante pra mim. Eu falo também do meu problema pros outros, que talvez seja importante pra eles também. Ajuda muito, na conversa escutar as pessoas falar também. Que é pra me ajudar mais. Eu tô sentindo o meu problema e do meu problema eu to ficando bem. Aí eu queria saber se eu tô ficando bem mesmo [...].**Marcelo**

[...] E eu tive terapia também, com a estagiária Alessandra, pra mim é muito importante poder falar às coisas que eu penso. E, foi pouco, mas eu preciso dela. Ah, eu acabo, é dividindo minha vida em duas partes. O que é sonho, o que é realidade. Porque eu faço essa mistura sonhos que eu tive, com a realidade do meu passado. Que eu às vezes, por circunstância, levo da maneira como se os sonhos fossem verdades, ou são! Mistura um pouco de sonho, um pouco de realidade. É. Isso teria que ser tratado, na minha opinião, porque eu melhorei [...].**Álvaro**

Tanto a psicoterapia individual, como as grupais estão previstas como atividades na Portaria 336/GM , para possibilitar atendimento aos projetos terapêuticos classificados como atendimentos individuais.

A revisão histórica da assistência psiquiátrica mostra a utilização de diferentes recursos na assistência ao portador de transtorno mental. Lino (1997) preconiza que as práticas psicoterápicas são um processo controlado e contínuo de comunicação, com objetivos terapêuticos definidos, e para desenvolvê-lo pelo menos um dos envolvidos deve possuir habilitação e experiência para produzir transformações positivas no outro ou nos demais. Também Bezerra Junior (1987) aponta que um dos principais objetivos da equipe terapêutica, no processo de elaboração de atividades, é propiciar ao paciente condições que favoreçam a expressão dos seus conflitos através de estratégias e ações terapêuticas.

A Lei nº. 10.216, que trata dos direitos da pessoa com transtorno mental, ressalta que a reabilitação psicossocial é importante porque oferece ao usuário um tratamento humanizado e respeitoso, realizado por profissional capacitado e habilitado no trato de pacientes com intenso sofrimento psíquico, num ambiente terapêutico.

Dessa forma, devemos salientar que apesar da reabilitação preconizar a funcionalidade diária dos serviços alternativos, não podemos nos esquecer de que na presença de um usuário que vivencia um transtorno mental devemos utilizar procedimentos individuais e grupais refinados, como psicoterapia individual e grupal, coordenados por profissional habilitado capaz de identificar quais variáveis estruturais destes indivíduos sofreram seqüelas e a partir de então criar nos serviços mecanismos assistenciais que venham facilitar o retorno das potencialidades individuais deste sujeito. Tais mecanismos devem conter três níveis: ele com ele, ele com o outro e ele com os demais, sem perder de vista o cenário preconizado por Saraceno (2001).

Em razão de a reabilitação psicossocial considerar o outro como cidadão, Saraceno (2001) argumenta que antes da decisão técnica de elaborar um plano terapêutico, os profissionais de saúde mental deverão, apesar da sintomatologia existente, ter um mínimo de conhecimento sobre o indivíduo. Isso significa dirigir um novo olhar ao usuário, promover sua aproximação com a comunidade, valorizar e utilizar os saberes e práticas populares dos sujeitos nas atividades a serem desenvolvidas, além da implementação de projetos terapêuticos objetivados, responsabilidade com a clientela e acolhimento aos usuários, a fim de estabelecerem de vínculos.

Essa medida se faz necessária, visto que a estrutura de um serviço alternativo como o CAPS carrega em sua organização algumas das atividades mais antigas da assistência psiquiátrica, que são as atividades em oficina, trabalhos manuais e pintura, aos quais os usuários atribuíram os seguintes significados: aprendizagem, produtividade na vida, produção, estar com pessoas, termos observados nos relatos.

[...] Ah, lá da casa da cultura. Eu aprendi, aprendi a pintar pano de prato, que eu não sabia. Aprendi a fazer crochê, que eu não sabia. Hoje eu faço crochê, faço pano de prato, vendo. Ganho algum trocadinho. Eu levo no instituto de beleza de uma amiga minha. Não conto problema, nunca contei que eu fiz tratamento, que eu passei problema grave. Aprendi a pintar, eu levo lá e ela vende pra mim. Sabe, têm pessoas que me ajudam, porque eu não tenho uma aposentadoria. Eu inclusive tava pedindo, fiz o pedido através da prefeitura de uma cesta básica. Uma coisa boa. Assim, eu fico com a mente preenchida assim, de aprender uma coisa boa. Ter uma atividade pra fazer uma vez por semana [...]. **Gabriel**

[...] Todas são ótimas, todas elas. Mas a pintura é o que mais me chamou atenção. Que eu mais gostei, são as pinturas. Fico, me sinto bem, me sinto realizado, eu me sinto feliz, contente, eu tô saindo de um, de um passado muito difícil. De internações, vida hospitalar, fiquei num ambiente fechado, aquelas portas trancadas, aquelas grades no quarto, do quarto de dormir, paredões. Então foram trinta anos das tentações, era muito difícil. Com a pintura melhorou. E com a frequência, com a abertura do CAPS e com a psiquiátrica, isso tudo tem me ajudado tanto que hoje eu estou feliz. Estou na sociedade, tranquilo. Ah, eu me sinto contente, me sinto contente, amigo de todo mundo. Gosto das pessoas que me tratam bem. Procuo as pessoas, procuro as pessoas que me trataram, eu procuro tratar as pessoas bem. Enfim, vou vivendo assim, procurando ser satisfeito. Ótima... Acho que o tratamento do CAPS é excelentíssimo! Excelentíssimo! Excelentíssimo! [...].**Silvio**

Segundo Saraceno (2001), as atividades empregadas na reabilitação social devem favorecer o aumento da capacidade do usuário em sua comunidade, ação que está além das simples técnicas de reabilitação, pois tem como perspectiva o nível de afetividade entre usuário-profissional na elaboração de um plano terapêutico, que deverá estar atrelado à possibilidade de ambos ocuparem um espaço de inserção onde se sintam satisfeitos com seus produtos.

No entanto, o autor alerta para que não efetivemos um espaço asilar ao instalarmos no espaço aberto atividades que tendem a manter os usuários asilados, em função do seu vínculo à atividade. Para tanto, é necessário que os técnicos de saúde mental e os usuários tenham a compreensão que para Organização Mundial da Saúde (OMS) a reabilitação psicossocial seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação dos doentes através do desenvolvimento de insumos, individuais, familiares e comunitários.

Ainda segundo Saraceno (2001), a criação de novos serviços de atenção não diferencia necessariamente a transformação da lógica manicomial da forma de se compreender e praticar a psiquiatria. O desenvolvimento de práticas antigas com roupagens novas, às vezes, é iniciado por desconhecimento dos profissionais ou pela própria filosofia do serviço.

Também devemos nos ater à etimologia da palavra “reabilitação”: ato ou efeito de reabilitar (se), recobrimento de crédito, de estima, ou de bom conceito perante a sociedade; restituir à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais.

Vale ressaltar que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira não garante a superação de prática repressiva e excludente somente com a efetivação de uma rede de serviços extra-hospitalares; o importante é que seja garantida dentro destes serviços a execução contínua de projetos terapêuticos inovadores, com base na formação do profissional e na da individualização do sujeito, usuário do serviço.

Dessa forma, ao estruturarmos o serviço com a programação de atividades, tais como: oficina de trabalhos manuais, oficina de pintura ou até mesmo oficinas laborativas visando à autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico, não devemos nos esquecer que o novo paradigma a ser construído, perpassa pelas esferas das relações caracterizadas pelas condições de cidadania do sujeito, (SARACENO, 2001).

As articulações prático-teóricas das atividades consideradas benéficas para os usuários de um serviço de saúde mental aberto, configuradas por exemplificações reais de observações realizadas por usuários de um serviço como o CAPS II, evidenciam a necessidade de que as práticas de assistência à saúde mental centrem sua construção no conhecimento do sujeito, antes que elaborem projetos terapêuticos voltados a um indivíduo tido apenas como doente mental.

b) Atividades que não contribuem para o tratamento dos pacientes

Apesar da reabilitação psicossocial objetivar a inclusão de indivíduos com transtorno psíquico na sua comunidade, como cidadão, Saraceno (2001) argumenta que nem sempre os sujeitos envolvidos nos projetos de reabilitação social percebem as atividades do projeto como mecanismos elaborados para que eles exercitem sua autonomia de cidadão.

A organização de um serviço de saúde mental, que assiste pessoas em sofrimento psíquico, em muitos momentos depara-se com um imprevisto: os procedimentos empregados não são considerados viáveis por aqueles sujeitos que às vezes demandam mais atenção e cuidado, levando-nos a acreditar que nem sempre a reabilitação, como estratégia, viabiliza a recuperação das pessoas que vivenciam um transtorno psíquico.

No presente estudo, alguns pacientes também referiram que determinadas atividades não contribuíram para seu tratamento.

Encontramos no serviço onde desenvolvemos o estudo, relatos de pacientes que confirmam as afirmações de Saraceno (2001). Por exemplo, com relação ao Grupo Operativo, atribuindo a esta atividade significados de depressão, incômodo, tristeza, contato com coisas ruins.

[...] Eu não gosto da atividade de grupos. Eu não gosto. Apesar de não ser os profissionais. São o grupo que eu não gosto de fazer [...] Eu entro em depressão. Eu saio não aliviada de ter contado o meu problema, porque como eu disse tem muitas coisas dos meus problemas que eu não falo e nunca vou falar no grupo [...] Eu fico mal. Então eu vendo participo dos grupos, mas não gosto [...].**Julia**

Esses relatos, nos levam a entender que apesar da avaliação negativa que o sujeito faz da atividade grupal, ele aproveita a oportunidade para tecer uma observação importante sobre os sentimentos que aquela atividade faz aflorar verbaliza angústia, isto é, ele se sente angustiado ao expor suas dificuldades perante outros sujeitos. Fica evidente, ainda,

toda a sobrecarga de angústia que traz os problemas do usuário e os problemas dos outros, e isto faz essa atividade parecer que nem sempre é efetiva para a pessoa que participa em grupo.

Essas dificuldades do sujeito, como sugere Goldberg (1996), devem alertar o profissional para a necessidade de elaborar um projeto individualizado de assistência que deverá incluir a maneira de ver, de sentir e de reagir próprias de cada sujeito, e de construir uma estratégia singular a ser dirigida às pessoas e não a um transtorno, viabilizando, assim, a participação do paciente em todo o processo terapêutico. A atenção do sujeito estará dirigida à forma como ele vê, sente e reage a uma atividade inclusa em seu plano terapêutico destinado a melhorar de seu transtorno. O profissional terá, ainda, a indicação do momento da revisão do plano terapêutico individual e, possivelmente, sugerirá aprofundamento da comunicação constante do mesmo.

Como esse serviço aberto de assistência tem sua organização estrutural edificada no desenvolvimento de atividades que objetivam a possibilidade da reinserção social, verificamos nas entrevistas que as atividades de Musicoterapia e Passeios Comunitários receberam atribuições de significados como: de exposição ao outro, confrontação com o outro.

[...] Assim, é eu não gostava de fazer musicoterapia [...] Porque eu tenho um pouco de trauma desse negócio de música, coisa que vem do passado. E sempre nessa atividade eu saía pior, saía daqui e ia pra casa bastante ansioso, porque mexia, é um lugar [...] é uma atividade que você tem que se expor [...] Você tem que se expor, tem que cantar, tocar instrumentos, eu me sentia envergonhado, com muita timidez [...] e as pessoas muitas vezes fazendo muito barulho, dava muita irritação, eu saía mais ansioso do que quando eu começava essa atividade [...] É uma coisa contraditória, porque eu gosto muito de música. Sempre desde pequeno, a música foi a minha vida, mas chegou um momento em que eu decidi, por vários problemas familiares, problemas de conflitos comigo mesmo, que eu decidi abandonar a música. Não mexer mais com isso. Então a musicoterapia me fazia fazer uma coisa forçada. Contra a minha vontade [...] É. O resultado é essa ansiedade, esse mal-estar, e essa frustração, ansiedade, e essas coisas, esses sintomas [...] É, uma atividade exposta. Prefiro atividade que não tem a exposição direta da pessoa [...]. **Cristina**

[...] A visita ao Clube Palestra [...] É, que eu não ia, lá no Palestra eu não me diverti muito não. Apesar que a gente acompanha o pessoal, porque não sou só eu que não gosto de nadar. E ficar tomando sol, expondo a gente, é ruim [...] Então, no Palestra era uma atividade que eu não gostava por essa exposição, muito barulho também [...] Eu fugia do barulho. Lá é bom porque é grande então você pode ficar em vários lugares. Eu procurava ficar assim, mais isolada [...] Não. Eu só ia pra acompanhar o pessoal. Às vezes tem um ou outro que também num [...] é mais pra ficar olhando os outros colegas [...] Ah, ficava isolada, sei lá, não tem uma explicação. Pra gente explicar os sentimentos da gente [...] É que quando eu tô contrariada eu fico mais na minha, prefiro ficar mais isolada, então eu ia dormir [...] Não é muito contrariada é falta mesmo de adaptação ao local [...]. **Carla**

Quanto aos princípios básicos da reabilitação, Rosa (2003) faz referência à recuperação dos direitos de cidadania do indivíduo frente às ações a ele destinado em termos terapêuticos. Nesses casos o tipo de atividade faz com que o sujeito exponha sua capacidade de se situar frente aos conflitos e contradições pelos quais atravessa e é atravessado, mesmo estando em atividades comunitárias abertas; no entanto, sente-se exposto e incomodado com a presença de outras pessoas em um mesmo espaço social.

Ao comentar as atividades de musicoterapia e passeios comunitários, percebemos que ainda falta a alguns usuários adquirir habilidades sociais, incapacidade que os

leva ao isolamento como forma de autoproteção. Ao citar que tais atividades não contribuíram para o seu tratamento, parece tratar-se de uma conceituação sobre o transtorno mental introjetada pelos usuários; é como se tudo devesse ser realizado nos limites do espaço institucional, para sua proteção.

Apesar dessas atividades estarem categorizadas como aquelas que não contribuíram para a melhoria do sujeito, foi percebido de acordo com a contextualização do presente estudo, que as atividades inclusas nos projetos terapêuticos individuais possibilitam que os sujeitos possam manifestar-se. Essas manifestações deverão ser valorizadas e viabilizadas por serem livres expressões dos participantes e desta forma, são consideradas significativas na prática diária do trabalho em saúde mental

Esses conceitos estão contidos nos atos normativos da Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que preconizam que o CAPS tem como função: estimular a participação dos usuários em atividades produtivas em espaços específicos e comunitários, resgatar a possibilidade da autonomia dos sujeitos adoecidos e ainda capacitá-los para participação social.

Em continuidade aos relatos dos sujeitos dessa pesquisa sobre as atividades oferecidas por um serviço aberto, a terapia ocupacional e os trabalhos manuais foram atribuídos significados negativos em virtude de: inabilidades, frustração, sentirem-se tolhidas, desorganizado, de difícil concentração, quando estas duas atividades estavam presentes no plano terapêutico individual de determinados pacientes. Assim, transcrevemos trechos dos seguintes relatos:

[...] T.O. não entrou. Não entra na cabeça [...] Incomoda, que eu acho que fico meia ... acho que meia acelerada, parece [...] É, não é que, o problema não é não gostar. É não entrar na cabeça. Não entra. E às vezes é um branco, no esquecimento das coisas. Dá branco [...] É, entra confusão. É uma confusão, tudo é esquecido [...] deve ser de infância, porque, por exemplo, eu não aprendi costurar, eu não sei bordar, eu não sei fazer crochê, não sei fazer nada disso. Só soube fazer serviço brutal [...] Eu não consegui aprender, eu olhava mais para o serviço bruto, mais pesado [...] É, não entrar e eu lembrar que às vezes eu to[...] me sinto uma inválida [...] **Rosa**

[...] Ah, eu tinha dificuldade pra fazer o tapete. Eu tinha dificuldade [...] porque eu tinha que passar . E não sabia terminar. Nunca soube terminar nenhum [...] eu fazia, era gostoso. A reunião do grupo era gostoso, mas eu tinha dificuldade [...] não é que eu não gostava, eu gostava também, era uma parte que eu fazia. Mas eu tinha dificuldade [...] Aí eu não sabia terminar, eu tinha que ficar pedindo lá pro terminar pra mim [...] Tinha que pedir pros outros. Eu não gostava de pedir as coisas pros outros [...], eles achavam ruim. Não. Não insistia, [...] não me sentia bem, não. Porque é ruim insistir, é desagradável [...]. **Sueli**

Os citados relatos evidenciam a dificuldade do usuário ao não se sentir habilitado para executar uma ação planejada para sua recuperação. As angústias manifestadas pela inabilidade precisam ser investigadas dentro do contexto da cidadania do sujeito, pois fica evidente que os serviços abertos e a utilização de determinadas técnicas e recursos não lhe asseguram o resgate das seqüelas provocadas pelos transtornos mentais.

Assim, as estratégias do plano terapêutico direcionado aos sujeitos assintomáticos, mas com necessidades de cuidado e atenção para desenvolvimento das atividades que poderão evidenciar sua incapacidade ao labor, pela falta de habilidade ou dificuldades de interação social, necessitam de avaliações constantes, pois a falta de aderência do sujeito ao seu projeto assistencial poderá lhe trazer seqüelas.

De acordo com Saraceno (2001), o trabalhador de saúde mental, no contexto da reabilitação psicossocial, deverá ter ao elaborar seus planos terapêuticos a noção de ampliação da autonomia do indivíduo com transtorno mental, com vistas à sua cidadania.

Na verdade, Bezerra Junior (1992) refere que devemos pensar cidadania não apenas como reconhecimento de direitos, mas como possibilidade de nos envolvermos em um processo ativo de ampliação da capacidade própria de cada indivíduo, dando-lhe a oportunidade de agir de modo livre e participativo em quaisquer contextos, até mesmo no de assistência em saúde mental.

Embora as situações gerais não sejam constantes no projeto terapêutico, os usuários as mencionaram, pois na sua percepção elas comprometem seu tratamento. As mais citadas foram: saídas e troca de profissionais e troca do plano terapêutico.

[...] Eu lembrei de uma coisa assim, na terapia, a mudança do profissional. Você fica um ano com uma pessoa, cria um vínculo, chega o fim do ano essa pessoa vai embora e você nunca mais vê o estagiário. O ano seguinte, vem outra pessoa, então você não cria aquela, aquela, aquele vínculo legal de ser, de ser acompanhado, acompanhado indefinidamente. Eu sinto isso também, me dá esse mal-estar. Eu estou fazendo tratamento desde os dezenove anos de idade, hoje eu tô com trinta e eu nunca tive um profissional que me acompanhou ao longo desses, por longo do período, né?! Que me acompanhasse seguidamente, sempre trocando, trocando. Aí eu acho que fica mais difícil o diagnóstico. Não seria diagnóstico, mas seria o acompanhamento mesmo do paciente né? Uma pessoa que conseguisse acompanhar ano a ano, etapa a etapa, o mais tempo possível não ficar trocando de terapeuta eu sei que é uma coisa difícil. Extremamente difícil acontecer, mas eu sinto isso. Eu queria ser acompanhado, sempre quis ser acompanhado desde vários anos atrás e eu nunca fui, é sempre trocando, trocando. Eu só lembrei desse negócio que me incomoda um pouco também [...].**Cristina**

[...] Quando a Andressa, assistente social, me participou que era só pra eu comparecer aqui, só nas assembleias, somente às sextas-feiras e eu fiquei descontente, fiquei até um pouco insatisfeito [...] Eu fiquei nervoso Eu não falei nada, mas fiquei nervoso, descontente, pensei em não vir mais aqui, já. Já me senti assim, abandonado, enfim ... entende? Enfim, não tenho mais vontade de participar das atividades, me vem aquela fraqueza, aquele desânimo. Me abate, né? Eu fico abatido [...] Não, Não é bom, não gosto. Eu quero lutar, porque eu sempre lutei, eu nunca me entreguei. Compareço aqui pra participar das atividades, tomar minhas medicações, fazer minhas alimentações e estou feliz e contente com isso, feliz e contente [...].**Silvio**

[...] Eu achei ruim foi a estagiária Valéria ter saído, porque a minha vida eu contei tudo pra ela [...] Isso não foi uma coisa boa, que eu achei [...] Ah, eu senti, porque ela me animava muito, dava muito conselho, a gente conversava, era muito bom. Eu contei minha vida toda pra ela, desde menina. Então eu achei ruim ela ter saído assim. Ah, eu fiquei triste, porque eu já tinha contado toda a minha vida pra ela, ela falava que isso é coisa que não pode contar [...].**Silvia**

Ao fazer referência à instituição como vínculo, os usuários observam que na reabilitação psicossocial, os serviços abertos surgem como um espaço de interlocução onde eles têm a oportunidade do diálogo e de se sentirem sujeitos com oportunidades e credibilidade. O vínculo estimula o sujeito a se posicionar em relação aos seus conflitos e contradições, e lhe dá respaldo para, juntamente com o profissional, sentir-se como um agente de mudança para seu sofrimento psíquico.

A (re) habilitação do sujeito pelo profissional de saúde acontecerá quando houver um vínculo afetivo e contínuo, entre profissional e paciente, bem como deste com o serviço de saúde (SOI, 1999).

Para Rosa (2000, p.162), no tratamento do modo psicossocial

[...] a instituição e seus agentes devem apresentar-se e funcionar como espaço de interloção, sustentar desde o primeiro encontro com a clientela a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização [...]

Pudemos então perceber pelos relatos dos pacientes deste estudo, que nem sempre os serviços estão estruturados para lhes ofertar projetos terapêuticos individuais, personalizados e contínuos, segundo suas necessidades, conforme diretrizes da Lei 336/GM. Para eles, a troca constante de profissionais dificulta a sua inserção em um contexto que estimula troca de oportunidades afetivas, simbólicas e materiais, favorecendo, assim, os vínculos.

Por outro lado, o contexto laboral e a necessidade de o profissional de saúde deixar o serviço impõem mudanças. Por isso, é viável, no contexto da assistência à saúde mental, preparar os usuários para essas ocorrências, de modo a minimizar o impacto negativo.

Nas tentativas de levar os usuários a conviverem novamente com seu cotidiano, percebemos que as condutas terapêuticas e as construções teóricas muitas vezes são insuficientes para atender às suas necessidades e inquietações, quando estão em sofrimento psíquico, mas, nestes casos, os profissionais têm a possibilidade da ousadia e da criação de alternativas benéficas como uma outra maneira de atuação na área de saúde mental.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão das diversidades das práticas vigentes em saúde mental, este estudo levou-nos a uma trajetória que pudesse responder algumas questões sobre a compreensão dos serviços assistenciais no referencial da reabilitação psicossocial, por compreender que o caminho assistencial pode ser entendido de diferentes maneiras por aqueles que estão envolvidos nesse processo (profissionais e usuários). Tendo como referencial as diretrizes que norteiam os novos serviços alternativos para assistência psiquiátrica e a compreensão dos usuários participantes de um programa assistencial em um centro de atenção psicossocial, o presente estudo possibilitou-nos uma avaliação do projeto terapêutico a partir dos sujeitos que integram esses novos serviços.

Nesse estudo foi percebido que os usuários têm conhecimento do plano terapêutico elaborado para seu tratamento, pois elencaram com facilidade a maioria das atividades constantes no seu plano. No entanto, os usuários se reportaram às atividades como oportunidade de ocupação de tempo ocioso, lugar para arejarem a cabeça e não terem que enfrentar os problemas do dia a dia em seus ambientes familiares, tudo isso contribuindo para diminuir a sofrimento provocado pelo transtorno mental. O espaço de desenvolvimento das atividades mostrou-se acolhedor, e os profissionais da equipe foram percebidos por eles como importantes no enfrentamento das suas dificuldades. .

Dessa forma, o projeto terapêutico no CAPS torna-se um dispositivo básico, que norteia as estratégias para acompanhamento dos usuários no serviço, por meio de uma série de atividades desenvolvidas dentro de um espaço territorial, constituído pelo encontro entre profissionais e pacientes com objetivos terapêuticos.

Mesmo que os usuários e profissionais tenham entendimentos diferentes de seus objetivos, compreendemos que é um instrumento indicativo de que o profissional conseguiu amenizar o sofrimento psíquico do sujeito, e este se sente aliviado pela diminuição das angústias e dores provocadas pelo transtorno mental. Isto evidencia o papel principal dos serviços de saúde, segundo os princípios do SUS: aliviar a dor e o sofrimento do paciente por meio de tratamento e redução do quadro sintomático.

De acordo com as entrevistas, as atividades foram categorizadas em contribuintes e não contribuintes para o tratamento do usuário, sendo observado que dentre as atividades contribuintes, aquelas de construção coletiva (grupos, oficinas) e de contatos individuais (psicoterapias) mostraram-se significantes pela possibilidade de encontros entre sujeitos para trocas relativas as suas angústias, insatisfações, benefícios, aprendizagem e experiências. Dentro das atividades não contribuintes foi percebido que aquelas desenvolvidas em espaço externo ao CAPS e atividades de terapia ocupacional, como angustiantes, estressoras e conflitantes.

Ainda com relação à categoria contribuinte, apreendeu-se que nas atividades onde havia a possibilidade da escuta, comunicações, espaço de interlocução e atenção, evidenciavam características direcionadas a cidadania (direitos, deveres, responsabilidades), possibilitava ampliar sua autonomia em relação ao exercício de contractualidade. E desta forma, foi entendido que apesar das diferenças no jeito de ser e viver o cotidiano, os usuários manifestaram o sentimento de inclusão como sujeitos de direitos pelo menos naquele espaço, favorecendo sua reabilitação frente o transtorno vivenciado.

Quanto à categoria não contribuinte, ao se reportarem ao sentimento de exposição nas atividades externas, foi notado que é muito presente no serviço aberto o estigma do transtorno mental, e a utilização de determinados recursos não asseguram que estes sujeitos possam vivenciar seus direitos de cidadão. E, ainda, o sentimento manifestado

frente às atividades de terapia ocupacional, foi ao encontro das angústias e conflitos do sujeito frente à falta de habilidade no sentido da produção e de se tornar cidadão no contexto do trabalho.

Ao relatarem as dificuldades frente à execução de tarefas expressivas ou que necessitavam habilidades e compreensão, os pacientes ressuscitavam o dilema da formação pessoal no seu desenvolvimento de cidadão, pelo fato dessas dificuldades estarem relacionadas a fatos e atos de sua vida que deixaram marcas importantes e que se manifestavam de forma mais intensa na vigência do transtorno mental.

Dentro das diretrizes e normas que constituem o CAPS, as atividades de terapia ocupacional e oficinas ocupam lugar de destaque como possibilidades de experimentação com diversos materiais e atividades e como oportunidades de ampliação do repertório sócio cultural de cada um. O manifesto dos usuários deveria ser visto como uma oportunidade da equipe rever o plano individualizado e ter o entendimento de que a dificuldade e falta de habilidade não necessariamente tem o significado de manifestação de um transtorno mental, mas poderia ser disparador de angústias e conflitos que poderiam intervir em sua assistência.

Neste serviço, num primeiro momento, as atividades são prescritas ao usuário em decorrência de um quadro clínico manifestado, que, geralmente, o desabilita para o enfrentamento das atividades da vida prática diária. Em um segundo momento, este sujeito se vê frente a uma série de oportunidades com objetivos de auxiliá-lo a pensar em seus próprios recursos, como forma de atenuarem as suas queixas, o que, a nosso ver, vai consolidar o processo de reabilitação psicossocial, que é centrado nos recursos do próprio sujeito, na valorização de sua história de vida, para então viabilizar a construção de novas possibilidades.

A forma como os usuários referiram-se às atividades, forneceu respostas aos objetivos do presente estudo, pois verificamos que os mesmos têm conhecimento dos projetos terapêuticos utilizados em suas assistências e fazem avaliação dos mesmos como estratégia significativa aos tratamentos.

Foi observado que em função do CAPS ser lugar de referência para tratamento de pacientes com quadros psicóticos e neuróticos graves, tornou-se difícil à coleta de dados em função das: dificuldades dos sujeitos expressarem seus pensamentos de forma contínua e consistente, de expressarem crítica, e expressar sentimentos negativos com relação às atividades.

No entanto, foi evidenciado que apesar dos transtornos há vínculos consistentes com os profissionais e entre os usuários, e, ainda, se reportaram às atividades como instrumentos importantes de valorização pessoal, expressando, contudo, dificuldades ao serem remanejados das mesmas em função de sua melhora, indicando o sentido que as atividades representavam para sua recuperação.

O resultado dessas análises possibilitou-nos três vertentes de considerações com relação às atividades propostas como projeto terapêutico no CAPS: contribuições, limites e amplitudes.

Com a relação às contribuições, a primeira vertente, percebemos que o projeto terapêutico individualizado tem um significado amplo para o sujeito em sofrimento psíquico, pois lhe dá a oportunidade de refletir sobre suas dificuldades cotidianas ao desenvolver as atividades propostas no serviço. Assim sendo, expressam suas angústias ao enfrentar situações nas quais aspectos importantes, tais como: comunicar-se, relacionar-se e executar atividades com um mínimo de habilidade foram colocados à prova; demonstraram, ainda, que as atividades são importantes instrumentos de vínculo ao serviço, ao evidenciar suas expectativas e frustrações no enfrentamento das demandas da vida diária.

O projeto terapêutico viabilizou a prática da saúde mental, possibilitando que a reabilitação do sujeito fosse avaliada pela equipe que utiliza parâmetros de cuidados presentes no cotidiano, como por exemplo: alimentação, higiene corporal, comunicação, habilidades manuais, tarefas domésticas, vínculos com a família e comunidade, interações socioculturais e de recreação e lazer. Assim, a reabilitação se caracteriza pelo conjunto de meios (programas e projetos) desenvolvidos para facilitar a vida dos indivíduos que vivenciam um sofrimento psíquico.

A segundo vertente encontrada no presente estudo se relacionou aos limites resgatados pelo plano terapêutico. Notamos que há uma expectativa do usuário quanto à possibilidade de integração às atividades cotidianas, para enfrentar os afazeres da vida prática e da vida diária, sem que o mesmo tivesse suporte individual de formação para atender a essa expectativa.

Ao serem verificadas as características individuais dos usuários participantes do presente estudo a avaliação do projeto terapêutico evidenciou a dificuldade individual do sujeito em desenvolver atividades em decorrência de incapacidades presentes. No entanto, não podemos afirmar se essas dificuldades tiveram início com a manifestação do transtorno psíquico, ou se as condições de desenvolvimento individual destes sujeitos provocaram dificuldades em sua vida que se perpetuam até o presente momento e aumentaram com a presença do transtorno mental. Ou seja, por meio dos projetos terapêuticos não podemos afirmar que o fato do sujeito viver um transtorno mental o desabilita para o enfrentamento das atividades da vida prática e da vida diária.

O projeto terapêutico possibilita ao profissional acolher o sujeito, trabalhar com suas singularidades. No entanto, o resgate das potencialidades do usuário fica prejudicado pela ausência do pouco suporte que possui, dentre eles o analfabetismo e a falta de condições sócio-culturais. Acrescenta-se a isso dificuldades com a estrutura do serviço que

está organizado e constituído com uma equipe mínima de profissionais nas diversas áreas o saber, dificultando uma maior vinculação e disponibilidade ao usuário de profissionais referência, de acordo com as diretrizes do CAPS. Levando a consequências, foi verificado que há uma rotatividade maior de pacientes dentro das atividades, provocando insatisfações nos participantes no momento em que este mais apresentava-se vinculado ao serviço por meio das atividades.

A nosso ver, a exigência de atendimento a um maior número de usuários faz com que a equipe não consiga exercer seu papel de profissional de referência ao sujeito, isto é, através do vínculo, aprofundar o sentido terapêutico e viabilizar o processo de reabilitação psicossocial. Este plano terapêutico passa a ser avaliado segundo a melhora clínica do indivíduo, o que, no nosso entendimento, é um processo que reproduz os tratamentos realizados nas instituições antes da Reforma Psiquiátrica.

Com relação à viabilidade dos serviços oferecidos pelo CAPS, ao analisarmos a terceira vertente das considerações, ou seja, as amplitudes, foi observado que, para elaboração do projeto terapêutico, a equipe necessita de conhecimento não somente do quadro sintomático do usuário, mas, também da singularidade do usuário.

O sujeito faz seu vínculo no serviço por meio das atividades programadas, no entanto, é necessário que tenha conhecimento, durante a efetivação do plano, que o serviço não tem condição, por melhor que seja sua estrutura organizacional, de resgatar integralmente seus aportes estruturais perdidos durante sua vida.

As atividades do serviço mobilizam os sujeitos tanto de forma positiva como negativa, por isso é necessário que nós, os profissionais, estejamos motivados, seja por meio de supervisão, capacitação ou revisão contínua da práxis técnica-profissional, a suportar a intensa carga de expectativa e anseio depositada pelos pacientes no decorrer das atividades. Em razão das crenças pertinentes aos transtornos mentais, dos seus mecanismos desabilitantes

e das demandas socioculturais do cotidiano, os elementos da equipe poderão ser tomados do sentimento de habilitar para atividades da vida diária indivíduos que estão sob sua responsabilidade e assim perderem de vista a oportunidade de criar um projeto terapêutico para cada sujeito, voltado à produção do sentido.

Quanto à comprovação da eficácia da proposta terapêutica do serviço, foi constatado que mais importante que um conjunto de teorias e técnicas adequadamente aplicadas são as pessoas e a qualidade das relações que elas estabelecem com pacientes e familiares no exercício da cidadania, durante a vigência do transtorno mental.

No entanto, é importante salientar que a transformação exige uma caminhada feita de avanços e retrocessos, e que tenha parceria efetiva (administrativa e técnica) do gestor local, para que possamos, por meio de uma rede de serviços de natureza comunitária e compreensiva, fomentar uma construção contra ideológica acerca do diferente, especificamente na área de Saúde Mental.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: Ibrasa, 1980.

AMARANTE, A. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

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

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ARAÚJO, L. M. Psicoterapias. In: ALMEIDA, P. O. (Org.). **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Cap. 21, p. 285 – 291.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, S. **O louco e a alienação institucional**: o ensino e a enfermagem psiquiátrica sob jurisdição. 1996. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

BEZERRA JUNIOR., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 2001. cap.4, p.134-169

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo?. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-125.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem constituir-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002a

BRASIL. Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza as normas constantes na Portaria MS/SAS 224. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002b

BRONZ, A. Acompanhamento terapêutico: uma prática em construção. In: VENÂNCIO, A.T.; LEAL, E.M.; DELGADO, P.G. (Orgs.). **Campo da Atenção Psicossocial**. CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 1. 1997. Rio de Janeiro: Te Cora., Anais. p.15-20.

CALIL, M.H.; PIRES, M.L.N.; MIRANDA, M.A. Terapias farmacológicas e outros tratamentos biológicos. In: ALMEIDA, O. P. (Org.). **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Cap. 21, p. 265 – 284.

CAMARGO JR., K.R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 204–227, 1992.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COLEMAN, J. C. **A Psicologia do anormal e a vida contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1973.

COUBISER, C. A. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992 . p. 9-13.

DELGADO, P. G. G. Pessoa e bens: sobre a cidadania dos curatelados. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992 . p. 99-112.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

FAGUNDES, P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: algumas questões cruciais. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 163-138, abr.1998.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GOLDBERG, J.I Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-47.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

JORGE, M. A. S. (Org.). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 242 p.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

LINO, M. A. Psicoterapias. In: TEIXEIRA, M. B. (Org.) **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997.

MALVÁREZ, S.; FERRO, R. O. Enfermeiro Pussin: reflexões sobre um silêncio em la história de las “ideas psiquiátricas”. **ERA**, p. 4-15, 1991.

MICHAELS: **Moderno dicionário da língua portuguesa**. S.P. Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.

MINZONI, M. A. Uma conceituação de enfermagem psiquiátrica: estudo das funções da enfermeira com pacientes internados. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, Washington D.C., v. 87, n.1 p. 50-59, jul.1979.

MIRANDA, C. M. L. **Algumas questões sobre a assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB, 1999. p. 95-101.

MIRANDA, C.M.L.; ROCHA, R.M.; SOBRAL, V.R.S. O ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.7 , n.2, p.189-92, 1999.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, p. 333-340, 2003.

PEDUZZI, M.; CAMPOS, M.A.;SANTOS, S.A. O Papel da Enfermagem em uma Equipe Multidisciplinar de um Hospital–Dia Psiquiátrico, **Revista Neurobiologia**, v.48, n.1, p.103-112, 1985.

PEREIRA, M. A.; LABATE, R. C.; FARIAS, F. L. R. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 52, set./dez.1998.

PITTA, A. et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44(9):441-452, 1995.

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde mental**: dimensão histórica e campo de atuação. São Paulo: EPU, 1996.

RICHARDSON, R. C. et al. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. **Am. Psychiatr. Assoc. (Psychiatric Ser)**, EUA, v. 56, p. 324-331, March 2005.

ROCHA, E. C. Ética e assistência. In: FIGUEIREDO, A. F.(Org.). **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. Cap. 9, p. 85-110.

ROSA, A. C. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap. 8, p.141-168.

ROSA, A. C.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

SANTOS, S. A. **Atividade física como recurso terapêutico à pacientes internados em uma Unidade de Psiquiatria**. 2001. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

Saúde Mental no Sus: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SILVA, M.V.; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**, Cadernos de Saúde Pública, v.10, n.1, Rio de Janeiro, jan/mar. 1994.

SOI, E.A. **Reabilitação psicossocial**: um estudo de caso sobre as opiniões dos profissionais de saúde mental. 1999. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

TEXEIRA, M. B. Breve história da psiquiatria e da assistência de enfermagem psiquiátrica. In: TEIXEIRA, M. B. (Org.). **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997.

THIOLENTT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VENANCIO, J. (Org.). **Textos de apoio à saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 242 p.

VILELA, S. C. **Assistência de enfermagem em serviços abertos de saúde mental: construindo a prática**. 2002. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.

BIRMAN, J. A. cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRASIL. Legislação em saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, nº 4, 2000

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 06 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1978. 329 p.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

PEDUZZI, M. **Enfermagem psiquiátrica: caminhos e descaminhos**. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 3. 1991, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991. p. 42-48.

SAEKI, T. Caracterização das atividades do enfermeiro na assistência ao doente mental internado nos hospitais psiquiátrico do Estado de São Paulo. 1981. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1981.

TAYLOR, C. M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXO

ANEXO A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 013/2002

Ribeirão Preto, 20 de fevereiro de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 47ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de fevereiro de 2003.

Protocolo: n° 0332/2002
Projeto: ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS

Pesquisadores: ANA MARIA PIMENTA CARVALHO (Orientadora)
SINVAL AVELINO DOS SANTOS (Doutorando)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Maria Suelly Rogério
Profª Drª Maria Suelly Rogério

Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. ANA MARIA PIMENTA CARVALHO
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

APÊNDICES

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA:**

Sr. Usuário, estou realizando um estudo que é de conhecer sua opinião sobre os procedimentos que foram oferecidas e realizadas por você durante seu tratamento. Este trabalho será importante pois permitirá que eu conheça o que o paciente pensa sobre as atividades que são oferecidas às pessoas com problemas emocionais, em um determinado serviço. Isto me ajudará a entender melhor porque os pacientes apresentam determinados comportamentos quando estão fazendo tratamento e permitirá preparar melhor os locais que oferecem ajuda a estas pessoas.

Para não haver dúvidas, informo que esse estudo será feito em duas partes. Na primeira parte farei algumas perguntas sobre seu tratamento e você responderá sim ou não, em seguida pedirei sua opinião sobre o tratamento que foi feito no local em que você se trata. A segunda parte é uma entrevista que será feita com a ajuda de um gravador, se for dada sua autorização, para que depois eu ouça e escreva tudo que foi dito, sendo que caso você queira poderá ouvir a gravação.

Informo que seu nome e sua identidade serão mantidos em segredo, e você poderá escolher como quer ser chamado durante a entrevista. Você poderá interromper a qualquer momento o trabalho, ou até mesmo não querer continuar, e esta atitude não causará qualquer problema a você, ou ao seu tratamento como também, não trará prejuízo a este trabalho e nem a minha pessoa.

O resultado deste trabalho trará importante ajuda aos locais para o tratamento de pacientes com problemas emocionais no município de Ribeirão Preto.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato comigo no endereço ou telefone que estão colocados abaixo.

Eu,,
abaixo assinado, declaro ter sido informado e esclarecido sobre o estudo do pesquisador Enf. SINVAL AVELINO DOS SANTOS e concordo em participar do mesmo.

Ribeirão Preto,/...../.....

ENFº SINVAL AVELINO DOS SANTOS

Pesquisador – COREN- SP: 16.134

End: Rua Rangel Pestana, nº 1268- Bairro Vila Virginia

Fone: (016) 637.31.49

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 01**

A)- Dados de Identificação:

Sujeito: _____ N°: _____

End.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ TEL: _____

Idade: ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____ Escolaridade : _____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Tempo de Tratamento: _____ Diagnóstico (cid 10): _____ nº de internações: _____

B) –Recursos Utilizados na Assistência:

1) – Verificado no Plano Terapêutico elaborado pela equipe.

2) – Verificado através de questão feita ao Paciente:

“Na sua opinião quais as atividades, neste serviço, fazem parte de seu tratamento”

Caracterização do recurso	1	2
- medicamentoso		
-consulta psiquiátrica		
- terapia individual		
- psicoterapia individual		
- psicoterapia grupal		
- grupo operativo		
- terapia ocupacional grupal		
-terapia ocup. Individual		
- oficinas terapêuticas		
- atendimento familiar		
- reuniões familiares		
- atividades com enfermagem		
- atividades comunitárias		
-atividade de recreação e lazer		
- atividades físicas		
- musicoterapia		
*		
*		
*		
*		

** outras atividades especificadas

APENDICE C**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 02**

Data: ____/____/____ HOR: início (____) término (____)

Sr .(a) Noto que algum tempo, você está em tratamento neste serviço, assim sendo, acredito que as atividades lhe ajudam, pois vejo que você é muito freqüente e tem um participação importante em tudo que lhe é oferecido pela pessoas que aqui trabalham.

01) - Neste sentido, dentro das atividades que você falou que faz parte de seu tratamento qual aquela que você percebeu que foi muito importante, que muito lhe ajudou e que você ficou muito satisfeito. Por favor fale qual foi a situação, e após, diga qual foi o resultado em você pela satisfação observada, na atividade ou após a mesma.

(Obs: Não precisa citar nome das pessoas envolvidas e seu nome também não aparecerá.)

02) E dando continuidade a nossa conversa, dentre as atividades que você disse que fazem parte de seu tratamento, fale agora de uma que você percebeu que não lhe agradou, que chamou sua atenção mas que não lhe agradou. Por favor fale qual foi a situação, e após, diga o que aconteceu com você, na atividade ou após a mesma, por não ter sido agradável.

(Obs: Não precisa citar nome das pessoas envolvidas e seu nome também não aparecerá.)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)