

CAROLINA CAMPOS RIBEIRO

O PROJETO TERAPÊUTICO DOS CAPS  
DE MATO GROSSO

CUIABÁ  
2010

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**CAROLINA CAMPOS RIBEIRO**

**O PROJETO TERAPÊUTICO DOS CAPS  
DE MATO GROSSO**

CUIABÁ  
2010

**CAROLINA CAMPOS RIBEIRO**

**O PROJETO TERAPÊUTICO DOS CAPS  
DE MATO GROSSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – **Área de concentração**: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

**Orientadora: Dra Alice Guimarães Bottaro de Oliveira**

CUIABÁ  
2010

**CAROLINA CAMPOS RIBEIRO**

**O PROJETO TERAPÊUTICO DOS CAPS DE MATO GROSSO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**Mestre em Enfermagem.**

E aprovada na sua versão final em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos e Práticas em saúde e em enfermagem.

---

Dra Roseney Bellato  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Profa. Dra Alice Guimarães Bottaro de Oliveira – UFMT**  
Presidente (Orientadora)

---

**Profa Dra Agnes Olschowsky – UFRS**  
Membro Efetivo

---

**Profª Dra. Solange Pires Salomé – UFMT**  
Membro Efetivo

Cuiabá  
2010

RIBEIRO, Carolina Campos. **O Projeto Terapêutico dos CAPS de Mato Grosso**, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 128 p.

Orientador: Dra Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

## RESUMO

O planejamento do processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por meio da elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* ocorre desde a criação dos primeiros serviços de saúde mental. Atualmente, estes projetos representam um dos critérios legais que possibilitam aos gestores municipais o financiamento para a implantação dos CAPS, os quais vêm sendo implantados crescentemente em todo o território nacional. Consideramos que a elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* pode ser um dispositivo com meta e força instituinte/transformadora ou estar impregnada por processos burocráticos, com pouca criticidade no planejamento do processo de trabalho a ser realizado no CAPS. Nosso objetivo foi analisar a constituição do processo de trabalho e, especificamente, o trabalho da enfermagem presente nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS tipo I e II de Mato Grosso. Trata-se de estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado por meio de análise documental e fundamentado no materialismo histórico-dialético. Foram estudados 13 projetos terapêuticos de um total dos 27 CAPS que compuseram os locais de pesquisa, no período de 2006 a 2008. Os documentos analisados foram organizados segundo a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, e as categorias analíticas foram Processo de Trabalho e Atenção Psicossocial. As categorias empíricas identificadas foram: O processo de trabalho nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS de Mato Grosso e O trabalho da enfermagem nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS de Mato Grosso. Os resultados apontaram que a elaboração destes projetos terapêuticos era decorrente de processos administrativos burocráticos e marcada pela ausência de participação dos usuários e familiares. O estabelecimento de critérios para seleção para admissão dos usuários baseados no perfil clínico e na disciplina foi evidenciado em vários projetos. Os familiares também eram submetidos à disciplina institucional e sua participação no tratamento era prevista, sobretudo, como responsável pelo repasse das informações do comportamento dos usuários para os trabalhadores. As finalidades do trabalho eram principalmente baseadas nos pressupostos do tratamento moral e psiquiatria preventiva. Predominantemente, os instrumentos de trabalho acolhimento e projeto terapêutico individual eram capturados por meio do preenchimento de fichas e de contratos formais baseados na autoridade dos profissionais e submissão dos usuários e familiares. Não havia nos projetos as justificativas que vinculavam o serviço criado (CAPS) com o território em que as ações iriam se desenvolver. Destacamos a ausência do técnico de referência em todos os projetos. Em relação aos elementos do trabalho da enfermagem, observamos que a doença mental era o objeto que prioritariamente servia ao planejamento das ações. Havia ainda a utilização de formulários diferenciados por categoria profissional, sendo que o da enfermagem era marcado pelo referencial do modelo manicomial. Concluímos que o trabalho presente nos documentos estudados tinha como marco teórico predominante o modelo manicomial, o que aponta a captura do potencial instituinte do *projeto terapêutico institucional* nos CAPS de Mato Grosso. Há necessidade de reflexão crítica para ampliar a potencialidade psicossocial dos CAPS, e a elaboração dos projetos terapêuticos pode ser um importante instrumento neste processo.

**Palavras chave:** Trabalho. Saúde Mental. Planejamento em Saúde. Enfermagem.

RIBEIRO, Carolina Campos. **The therapeutic project in CAPS of Mato Grosso**, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 128 p. Orientadora: Dra Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

## **ABSTRACT**

The planning of the work process in the Centers for Psychosocial Care (CAPS) through the development of therapeutic projects institutional occurs since the creation of the first mental health services. Currently, these projects represent one of the legal criteria that allow managers to municipal funding for the implementation of CAPS, which are being increasingly deployed throughout the national territory. We believe that the development of therapeutic projects institutional might be a target device with transforming goal and force or to be impregnated by bureaucratic processes, with little critical in planning the work process to be held in CAPS. Our objective was to analyze the constitution of the work process and, specifically, nursing work in this therapeutic projects institutional of CAPS type I and II of Mato Grosso. It is treated exploratory and descriptive study with qualitative boarding carried through documentary analysis and based on historical and dialectical materialism. We studied 13 therapeutic projects of a total of 27 CAPS who composed the research sites during the period 2006 to 2008. The analyzed documents had been organized according to technique of analysis of content of the thematic type, and the analytical categories had been Work Process and Psychosocial Care. The empirical categories identified had been: The work process in therapeutic projects institutional of CAPS of Mato Grosso and Nursing work in therapeutic projects institutional of CAPS of Mato Grosso. The results showed that the development of these projects it was decurrent of bureaucratic administrative proceedings and marked by absence of participation of the users and familiar. The establishment of criteria for selection and admission of users based on the clinical profile and discipline was evidenced in several projects. The familiar ones also were submitted to the institutional discipline and yours participation in the treatment was provided, especially as responsible for the view of the information of the behavior of the users for the workers. The purposes of the work were based on estimated of the moral treatment and preventive psychiatry. Predominantly, the instruments of work shelter and individual therapeutic project were captured by means of the fulfilling of fiches and written contracts based in the authority of the professionals and submission of the familiar and users. It did not have in the projects the justifications that tied the service bred (CAPS) with the territory where the actions would go to develop themselves. We detach the absence of the reference technician in all the projects. In relation to elements of the nursing work, we observe that the mental disease was the object that with priority served to the planning of the actions. It still had the form use differentiated for professional category, being that of the nursing it was marked for the referential of the psychiatric model. We conclude that the present work in studied documents had as predominant theoretical landmark the psychiatric model, what it points the capture of the instituinte potential of the institutional therapeutic project in the CAPS of Mato Grosso. It has necessity of critical reflection to extend the psychosocial potentiality of the CAPS, and the elaboration of the therapeutic projects can be an important instrument in this process.

Keywords: Work. Mental Health. Planning in Health. Nursing.

RIBEIRO, Carolina Campos. **El Proyecto Terapéutico de CAPS en Mato Grosso**, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 128 p. Orientador: Dra Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

## **RESUMEN**

La planificación del proceso de trabajo de los Centros de Atención Psicossocial (CAPS) por medio de la elaboración de proyectos terapéuticos institucionales ocurre desde la creación de los primeros servicios de salud mental. Actualmente, estos proyectos representan uno de los criterios legales que posibilitan a los gestores municipales la financiación para la implantación de los CAPS, los cuales vienen siendo implantados crecientemente en todo el territorio nacional. Consideramos que la elaboración de proyectos terapéuticos institucionales puede ser un dispositivo con meta y fuerza instituyente/transformadora o estar impregnada por procesos burocráticos, con poca criticidad en la planificación del proceso de trabajo a ser realizado en el CAPS. Nuestro objetivo fue analizar la constitución del proceso de trabajo y, específicamente, el trabajo de la enfermería presente en los proyectos terapéuticos institucionales de los CAPS tipo I e II de Mato Grosso. Se trata de estudio exploratório-descriptivo con abordagem qualitativa, realizado por medio de análisis documental y fundamentado en el materialismo histórico-dialéctico. Fueron estudiados 13 proyectos terapéuticos de un total de los 27 CAPS que compusieron los locales de investigación, en el periodo de 2006 a 2008. Los documentos analizados fueron organizados según la técnica de análisis de contenido del tipo temática, y las categorías analíticas fueron Proceso de Trabajo y Atención Psicossocial. Las categorías empíricas identificadas fueron: El proceso de trabajo en los proyectos terapéuticos institucionales de los CAPS y El trabajo de la enfermería en los proyectos terapéuticos institucionales de los CAPS. Los resultados apuntaron que la elaboración de estos proyectos terapéuticos era decurrente de procesos administrativos burocráticos y marcada por la ausencia de participación de los usuarios y familiares. El establecimiento de criterios para selección para admisión de los usuarios basados en el perfil clínico y en la disciplina fue evidenciado en varios proyectos. Los familiares también eran sometidos a la disciplina institucional y su participación en el tratamiento era prevista, sobre todo, como responsable por el repase de las informaciones del comportamiento de los usuarios para los trabajadores. Las finalidades del trabajo eran principalmente basadas en los presupuestos del tratamiento moral y psiquiatría preventiva. Predominantemente, los instrumentos de trabajo acolhimento y proyecto terapéutico individual eran capturados por medio del preenchimento de fichas y de contratos formales basados en la autoridad de los profesionales y submissão de los usuarios y familiares. No había en los proyectos las justificaciones que vinculaban el servicio creado (CAPS) con el territorio en que las acciones irían a desarrollarse. Destacamos la ausencia del técnico de referencia en todos los proyectos. En relación a los elementos del trabajo de la enfermería, observamos que la enfermedad mental era el objeto que prioritariamente servía a la planificación de las acciones. Había aún la utilización de formulários diferenciados por categoría profesional, siendo que lo de la enfermería era marcado por el referencial del modelo manicomial. Concluimos que el trabajo presente en los documentos estudiados tenía como marco teórico predominante el modelo manicomial, lo que apunta la captura del potencial instituyente del proyecto terapéutico institucional en los CAPS de Mato Grosso. Hay necesidad de reflexión crítica para ampliar la potencialidade psicossocial de los CAPS, y la elaboración de los proyectos terapéuticos puede ser un importante instrumento en este proceso.

Palabras-clave: Trabajo. Salud Mental. Planificación en Salud. Enfermería.

## LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

**Apêndice 01:** Documentos contidos no Banco de Dados da pesquisa PRATICAPS-MT.

**Apêndice 02:** Declaração do responsável pela pesquisa PRATICAPS-MT que autoriza o estudo dos documentos contidos no banco de dados da pesquisa PRATICAPS-MT.

**Apêndice 03: Quadro 02:** Itens que compunham os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS tipo I e II do Estado de Mato Grosso, existentes até o ano de 2005.

**Apêndice 04: Quadro 03:** Participação da enfermagem na elaboração dos *projetos terapêuticos institucionais*, formulários de atendimento de enfermagem e descrição do trabalho da enfermagem nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS tipo I e II de Mato Grosso, existentes até o ano de 2005.

**Anexo:** Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller favorável ao desenvolvimento do projeto de pesquisa PRATICAPS-MT.

# LISTA DE ABREVIATURAS

**APAC:** Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPS AD:** Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

**CAPSi:** Centro de Atenção Psicossocial Infantil

**CNS:** Conferência Nacional de Saúde

**CNSM:** Conferência Nacional de Saúde Mental

**FAEN:** Faculdade de Enfermagem

**MS:** Ministério da Saúde

**MT:** Mato Grosso

**MTSM:** Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**NAPS:** Núcleo de Atenção Psicossocial

**NESM-MT:** Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Mato Grosso

**OPAS:** Organização Pan-Americana de Saúde

**PRATICAPS-MT:** Projeto de pesquisa: Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS de Mato Grosso

**PSF:** Programa de Saúde da Família

**RS:** Rio Grande do Sul

**SAE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SES:** Secretaria Estadual de Saúde

**SIH-SUS:** Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

**SMS:** Secretaria Municipal de Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**UFMT:** Universidade Federal de Mato Grosso

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	28
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	29
3.1 Referencial teórico-metodológico .....	29
3.2 Tipo de pesquisa .....	30
3.3 Fonte dos documentos.....	32
3.4 Escolha dos documentos .....	33
3.5 Análise dos documentos .....	34
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	37
4.1 Processo de Trabalho em saúde .....	37
4.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira e os projetos terapêuticos na atenção psicossocial .....	45
4.3 O processo de trabalho da enfermagem na atenção psicossocial .....	58
<b>5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	64
5.1 O processo de trabalho em saúde nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS .....	64
5.2 O trabalho da enfermagem nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS .....	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	109
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	113
<b>APÊNDICES</b> .....	122
<b>ANEXO</b> .....	127

# 1. INTRODUÇÃO

*Será na sua convivência com os oprimidos,  
Sabendo-se também um deles  
Que poderá compreender as formas de ser e  
De comportar-se dos oprimidos  
Paulo Freire*

Esta pesquisa se vincula à pesquisa intitulada Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso (PRATICAPS-MT<sup>1</sup>) desenvolvida pelo grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM-MT), no período de 2006 a 2008.

Minha motivação pessoal para o estudo no campo da saúde mental ocorre desde o período de graduação em enfermagem<sup>2</sup>. Nesta vivência, diversas inquietações mobilizaram o desenvolvimento desta pesquisa. “Descobrimos” novos lugares onde a loucura poderia, ao menos em tese, integrar-se ao espaço social e aberto e novas práticas direcionadas por conceitos como reinserção social, autonomia, cidadania, vínculo e corresponsabilização.

A iniciação com a pesquisa no período da graduação em enfermagem possibilitou a investigação dos potenciais, possibilidades e limites do cuidado/trabalho em saúde mental em serviços comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) em Cuiabá.

Nesta pesquisa, realizada com o objetivo de analisar a dinâmica assistencial referente ao cuidado/trabalho em saúde mental em dois PSF, concluímos que estes serviços ainda reproduziam predominantemente o modelo focado na doença, mas houve estratégias significativas que em um dos locais transformaram as relações de cuidado/trabalho entre os profissionais e as pessoas da comunidade que apresentavam sofrimento mental (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008).

O cuidado às pessoas em sofrimento mental é uma prática social e histórica que, na dialética das relações entre os homens, representa a produção e reprodução destes em sociedade e posicionamentos não naturais em relação à loucura.

---

<sup>1</sup> Financiada pelo CNPQ – Processo 554534/2005-3.

<sup>2</sup> Graduada em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Entre os séculos XVI e XVIII, as transformações sociais e econômicas como a Revolução Francesa, a Revolução Industrial e o Iluminismo no campo das ciências transformaram a vida social e, neste contexto, a relação do homem com a loucura.

Se na sociedade pré-capitalista a loucura era remetida aos mitos, às explicações religiosas, o desenvolvimento da sociedade capitalista trouxe nova concepção de loucura como uma “doença mental” fortemente aliada à ideia de alienação. Alienado “[...] é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. [...] Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade é, por extensão, perigoso, para si e para os demais” (AMARANTE; TORRE, 2001a. p. 74-5).

A articulação entre a doença mental e o conceito de alienação propiciou que o relacionamento da sociedade com a loucura fosse intermediado pela ciência médica psiquiátrica: “a institucionalização da loucura torna-se, enfim, uma regra geral, um princípio universal” (AMARANTE; TORRE, 2001a. p. 75), o que legitimou o manicômio/asilo como o local da “defesa dos sãos contra a loucura” (BASAGLIA, 2005. p. 26).

A prática decorrente destas concepções foi por anos baseada na segregação, isolamento sócio-familiar e outras ações violentas que caracterizaram o modelo da psiquiatria clássica por séculos (AMARANTE, 1997; AMARANTE, 2007).

No contexto pós II Guerra Mundial, momento em que a sociedade buscou resgatar os valores éticos de solidariedade e proteção da pessoa humana (DALLARI, 2008), a situação de violência, abandono e cronificação dos internos nos manicômios deixava clara a incompetência dos hospitais psiquiátricos em alcançar a finalidade de tratamento e recuperação a que se propunham, além de lembrar a situação dos prisioneiros de campos de concentração (AMARANTE, 1995).

Surgiram movimentos de contestação ao manicômio, tais como as propostas da Comunidade Terapêutica na Inglaterra (1959), a Psiquiatria de Setor na França (1960), a Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos (1963) e a Antipsiquiatria na Inglaterra e Estados Unidos (1966) (AMARANTE, 1995).

Compreende-se que o enfrentamento técnico e político das bases de sustentação da assistência psiquiátrica clássica e não somente a desconstrução do hospital psiquiátrico, desenvolveu-se na Itália no final da década de 60 com o movimento denominado de Psiquiatria Democrática e liderado por Franco Basaglia:

[...] mais do que derrubar paredes, muros e grades, desinstitucionalizar significava desmontar estruturas mentais (formas de olhar), [...] que se transformam em instituições sociais [...], exigindo a definição de um novo objeto que passou a ser entendido como a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social (MELMAN, 2002, p. 59).

No Brasil, as repercussões do movimento italiano na desinstitucionalização se configuraram como modelo para a realização da Reforma Psiquiátrica e, entre as décadas de 70 e 80, diversos eventos marcaram os rumos deste movimento no país.

Segundo Amarante (1997), a Reforma Psiquiátrica é um *processo* que “nasce” no contexto brasileiro em meio a uma crise de legitimidade do regime militar e no qual se buscava qualificar as políticas sociais de caráter popular e democrático.

Em torno das questões que envolviam a Reforma Psiquiátrica, havia o debate acerca da cidadania e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, o que significou um expressivo e atuante **movimento social** com o objetivo de:

[...] transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997, p. 165).

Em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que em pouco tempo se expandiu pelo país atuando em centros acadêmicos da saúde pública e da medicina social, em sindicatos do setor de saúde, alcançando as principais entidades da sociedade civil e a imprensa. Empreendendo o pensamento crítico no campo da *saúde* mental, a Reforma Psiquiátrica, neste contexto, deu-se como um processo permanente de reflexões e transformações nos campos assistencial, social, cultural e conceitual e introduziu os princípios e diretrizes da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 1997).

Em 1986 houve a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que, no contexto da Nova República, discutia o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento introduzia a noção de saúde associada socialmente ao conjunto de condições coletivas de existência (cidadania, participação social, trabalho, condições de moradia, etc.),

superando politicamente a compreensão de saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (LUZ, 2007).

A 8ª CNS possibilitou pela primeira vez na história ampla participação da sociedade na formulação da política nacional de saúde. Como desdobramento desta conferência, foram propostas conferências sobre áreas temáticas específicas, dentre estas a da saúde mental, e após um ano foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).

A 1ª CNSM introduziu na política nacional as questões ligadas à cidadania dos doentes mentais, à necessidade de revisar a legislação (civil, penal e sanitária) e a reorientação do modelo médico-psiquiátrico, apresentando as propostas de políticas de saúde mental integradas à política de desenvolvimento social (AMARANTE, 1997).

A descentralização no sistema de saúde concretizada pela Reforma Sanitária e posterior estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1990, permitiram a intervenção pela prefeitura de Santos/SP em uma clínica psiquiátrica privada onde vinham ocorrendo mortes e outras situações de violência (AMARANTE, 1997).

Diferente de estratégias anteriores na criação de novos serviços de saúde mental, como a criação em 1987 do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo/SP, a intervenção realizada em Santos/SP foi uma iniciativa que possibilitou colocar em prática a “desmontagem” do aparato institucional manicomial (AMARANTE, 1997).

Criou-se a partir deste processo de intervenção o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que se configurou como o “protótipo” para a criação de novos serviços de saúde mental “autenticamente substitutivos ao aparato manicomial”. (AMARANTE, 1997, p. 171).

Entre as diversas experiências no campo da saúde mental, o primeiro CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e o primeiro NAPS na cidade de Santos/SP são considerados os serviços de saúde mental pioneiros por serem os primeiros alternativos à internação (AMARANTE; TORRE, 2001b).

Uma das estratégias fundamentais para que estes serviços de saúde mental - CAPS e NAPS - pudessem “[...] superar a lógica da assistência em direção à lógica

da produção de saúde” era que os mesmos tivessem um projeto terapêutico (AMARANTE; TORRES, 2001b, p. 32).

Nesta proposta inicial, o *projeto terapêutico era uma estratégia política e social por meio da qual era possível a responsabilização pelo cuidado/trabalho que incluía a família, as questões socioeconômicas, a demanda espontânea e a crise*. E em resposta às lutas sociais até então empreendidas em busca de novas relações e sociabilidades das pessoas em sofrimento psíquico dentro da comunidade e do espaço urbano.

O lema do MTSM “Por uma sociedade sem manicômios” compreendidos não somente como o local de asilo, mas como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, jurídico que lhes confere sustentação (BORGES; BAPTISTA, 2008), alimentava as novas propostas de cuidado/trabalho como a de se ter um *projeto terapêutico* nos novos serviços de saúde mental.

Ao analisar os *projetos terapêuticos* criados para o primeiro CAPS e o primeiro NAPS, Amarante e Torre (2001b) ressaltam a importância que eles tiveram na estruturação dos serviços de saúde mental integrados à política do SUS, pois serviram e servem atualmente de referência para formulação das diretrizes legais e normativas da política nacional de saúde mental.

Diferente da Portaria SNAS Nº 189/91 que situa o CAPS e o NAPS como sinônimos, estes não eram - e não são - serviços com propostas semelhantes, o que se expressa na diferença significativa dos *projetos terapêuticos* iniciais destes serviços, conforme analisado por Amarante (1997) e Amarante e Torre (2001b).

O *projeto terapêutico* do primeiro CAPS foi feito antes da criação do serviço, especificamente pela Coordenadoria Nacional de Saúde Mental, e com o objetivo de se obter recursos para sua implantação, sem fundamentação teórica, tratando-se eminentemente de um documento administrativo (AMARANTE; TORRE, 2001b).

Neste projeto, o CAPS se configura como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade e no qual se atende pacientes no momento da alta do manicômio para a passagem à vida comunitária buscando, desta forma, evitar a internação. Admite-se, portanto, ainda que de forma provisória, a existência do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1997).

No *projeto terapêutico* do primeiro NAPS, ao contrário, seria inadmissível a presença do hospital psiquiátrico. Este projeto foi preparado a partir da criação do serviço e possuía conceitos e noções oriundos da experiência do serviço e de sua reflexão sobre ela (AMARANTE, 1997; AMARANTE; TORRES, 2001b).

No projeto, o NAPS era um serviço ininterrupto e responsável por toda e qualquer demanda de uma determinada região “[...] geo-político-cultural da cidade”. Empreendeu-se a noção de território considerado como um “conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais que atuam em determinado contexto histórico” (AMARANTE, 1997, p. 171).

No NAPS deveria haver leitos de apoio para o atendimento às crises que seriam também atendidas nos domicílios, em locais de trabalho e públicos. As estratégias de ação respondiam não apenas às de caráter tradicionalmente “*terapêuticas*”, mas, sobretudo às de caráter social e cultural na busca de estabelecer com a comunidade uma relação permanente e contínua (AMARANTE, 1997, p. 171).

Entre as estratégias sociais e culturais presentes no *projeto terapêutico* do NAPS ditas “não técnico-assistenciais”, destacamos algumas que foram colocadas em prática, como o Projeto Tam-Tam e as Cooperativas Sociais:

A intervenção cultural, principalmente partida dos próprios usuários e dos técnicos que com eles lidam, é uma estratégia fundamental para transformar o imaginário, produzindo uma ruptura com esta escala de estigma e preconceitos (AMARANTE, 1997, p. 176).

O Projeto Tam-Tam envolvia um conjunto de iniciativas culturais que procuravam aproximar o território das questões relacionadas a saúde mental, e para isto buscou, além dos usuários e familiares do serviço, voluntários do território/comunidade para realizar os programas de rádio, a produção de vídeos, das artes plásticas e dramáticas (AMARANTE, 1997).

As Cooperativas Sociais tinham o objetivo de criar espaços para a produção não apenas de materiais a serem produzidos e comercializados, mas, sobretudo, espaços para produção de sociabilidade e subjetividade. Os usuários do NAPS eram envolvidos nas cooperativas como sujeitos sociais ativos em sua possibilidade de produzir, criar e consumir (AMARANTE, 1997).

Amarante (1997) e Amarante e Torre (2001b) concluem que enquanto o projeto do primeiro CAPS se propôs a ser um serviço sanitário calcado no “modelo médico-psicológico de análise”, a proposta do NAPS abrangia não somente a assistência dita “terapêutica”, mas principalmente aquelas que envolviam as dimensões sociais e culturais.

Tais iniciativas – a criação do CAPS e do NAPS e dos seus *projetos terapêuticos* - serviram de referência para a instituição e regulamentação dos novos serviços de saúde mental integrados ao SUS. Com isso, os novos serviços de saúde mental criados e seus respectivos *projetos terapêuticos* estão ligados indissociavelmente aos rumos que a política nacional estabelece para estruturação da política de saúde mental.

Das diretrizes políticas, legais e normativas referentes à estruturação dos serviços de saúde mental no SUS e dos movimentos sociais decorrentes após estas experiências, destacamos a partir dos estudos de Amarante (1997), Amarante e Torre (2001b):

- Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em 1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais;
- Estabelecimento da Portaria SNAS Nº 189/91 que favoreceu a criação dos serviços de saúde mental e incluiu na tabela do SUS o financiamento dos CAPS e NAPS. Porém, esta portaria identificou o NAPS e o CAPS como sinônimos;
- Estabelecimento da Portaria SNAS Nº 224/92 que estabelece as condições de funcionamento dos CAPS/NAPS, Ambulatórios, Hospital-Dia e Hospital Geral, e dos hospitais psiquiátricos, o que deu início ao processo de fechamento dos serviços hospitalares absolutamente precários;
- Realização da 2ª CNSM, em 1992, com participação de representantes de entidades da sociedade civil, usuários, familiares e trabalhadores. Representou um momento estratégico para incluir na política nacional de saúde mental os princípios da desinstitucionalização entendida como um processo social complexo e centrado não apenas em medidas sanitárias e assistenciais, mas também em princípios conceituais e culturais;
- Realização, em 1993, do 1º Encontro Nacional da Luta Antimanicomial com participação ativa de usuários e familiares. Teve como objetivo demonstrar possibilidades de romper barreiras que caracterizariam a desinstitucionalização como mera reorganização dos serviços de saúde mental, sobretudo por meio da

intervenção cultural como possibilidade de transformar as práticas e relações sociais com a loucura e a diferença entre as pessoas.

A presença de associações de usuários e familiares nos eventos que se sucederam após a 1ª CNSM e o 2º Congresso do MTSM, sobretudo no 1º Encontro da Luta Antimanicomial, fez com que o movimento da Reforma Psiquiátrica se ampliasse na medida em que não apenas trabalhadores, mas outros atores como os usuários e familiares se incorporaram à luta pela transformação das políticas e práticas em saúde mental (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Como um movimento social complexo e histórico, observamos até este período analisado, a crescente participação de trabalhadores, usuários e familiares na busca por novos serviços de saúde mental e ampliação dos espaços culturais e participativos.

Ao mesmo tempo, observamos que as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica foram apropriadas pela política oficial. Isto produziu importantes avanços na dimensão administrativa, mas também “efeitos de banalização, burocratização e desqualificação do processo (da Reforma Psiquiátrica) que, por definição, deve estar em permanente desequilíbrio, em permanente desconstrução/invenção” (AMARANTE, 1997, p. 182).

Em relação a isto, observamos a “homogeneização” teórica e metodológica entre o CAPS e o NAPS que foram equiparados pela Portaria SNAS Nº 189/91, mas que tinham nas suas experiências e nos *projetos terapêuticos* iniciais propostas políticas e conceituais distintas.

Esta diretriz política divergente no âmbito das propostas da Reforma Psiquiátrica foi posteriormente normatizada pela Portaria GM Nº 336/2002. No Art. 6º desta portaria foi estabelecido que os CAPS e NAPS existentes antes desta data fossem todos cadastrados como CAPS, e que estes fossem ainda diferenciados em modalidades de atendimento. O NAPS passou a inexistir nas políticas públicas oficiais.

Neste contexto de gestão e de políticas de saúde mental, o CAPS passou a ser considerado como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004), o que indica uma contradição desta diretriz política, uma vez que o projeto inicial do CAPS se distancia das diretrizes da Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo.

As modalidades de CAPS definidas foram: CAPS do tipo I, II e III<sup>3</sup>, todos três destinados a psicóticos e neuróticos graves; CAPS infantil (CAPSi) para crianças e adolescentes e CAPS álcool e drogas (CAPS AD) para dependentes de álcool e outras drogas.

Quanto ao *projeto terapêutico* para os CAPS, o Ministério da Saúde (MS) determinou por meio da Portaria GM Nº 245/2005 e de outros documentos oficiais a sua obrigatoriedade em todas as modalidades dos serviços (BRASIL, 2004).

Para se obter incentivo financeiro para a criação e expansão dos CAPS, a Portaria GM Nº 245/2005 determina que o *projeto terapêutico* do serviço seja um dos critérios exigidos para que os gestores municipais e estaduais possam receber, mesmo antes da implantação efetiva do serviço, o recurso financeiro previsto para criá-lo no município.

Em vista disso, compreendemos que o a elaboração dos *projetos terapêuticos* para a criação dos CAPS é um espaço aberto de criação/invenção/reprodução do cuidado/trabalho em saúde mental. Por ser aberta, sua constituição articula interesses mais ou menos permeáveis e implicados com a cidadania, autonomia, participação social e reinserção político-social das pessoas em sofrimento mental.

Em Mato Grosso, as repercussões desta política que indica diretrizes para a expansão de CAPS, com conseqüente elaboração de *projetos terapêuticos* para estes serviços, fizeram-se notar, uma vez que foram criados vários CAPS nos municípios do Estado.

Ao ingressar no mestrado, vinculada ao grupo de pesquisa NESM-MT, entrei em contato com os resultados da pesquisa PRATICAPS-MT<sup>4</sup> que foi realizada no período de 2006 a 2008 e teve como objetivo analisar a *efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS* de Mato Grosso, ou seja, o alcance/efeito das ações e intervenções assistenciais

---

<sup>3</sup> CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira;

CAPS II: municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas;

CAPS III: municípios com população acima de 200.000 habitantes; funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

<sup>4</sup> Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller sob nº371CEP-HUJMJ05 e financiada pelo CNPQ.

dos serviços em relação à sua proposta de se constituírem como dispositivos de transformação da atenção psiquiátrica (OLIVEIRA et al., 2008).

O relatório final do PRATICAPS-MT apontou como resultados que, apesar de o Estado de Mato Grosso ter bons índices de cobertura populacional de CAPS por habitante, o que representa potencial importante para que os serviços realizem sua função de substituir os hospitais psiquiátricos, possui limites para a efetividade das práticas terapêuticas. Entre os limites apontados no relatório, destacamos a ausência de CAPS do tipo III além de variações pouco significativas entre os CAPS do tipo I e II (OLIVEIRA et al., 2008).

O mesmo relatório apontou que nos processos de gestão e avaliação dos CAPS a ênfase era dada para os aspectos quantitativos e formais em detrimento da valorização qualitativa do processo de cuidado/trabalho realizado (OLIVEIRA, et al, 2008).

A pouca valorização qualitativa do cuidado/trabalho se estendia aos *projetos terapêuticos* dos CAPS, os quais tinham objetivos pouco claros e em alguns aspectos incoerentes em relação às propostas do cuidado/trabalho em saúde mental, sendo que em alguns serviços os projetos não foram localizados (OLIVEIRA et al., 2008).

Havia uma orientação da gestão estadual para que os profissionais dos CAPS estabelecessem formulários de “contratos terapêuticos” vinculados ao *projeto terapêutico* do serviço para assegurar a forma de negociação e participação de familiares e usuários nas atividades (reuniões, grupos, oficinas, e outras) propostas nos *projetos terapêuticos* dos serviços (OLIVEIRA et al., 2008).

Estes contratos se pautavam no estabelecimento de ordem repressiva e autoritária que limitava o poder dos usuários e familiares em tomar decisões ou fazer escolhas durante as atividades (OLIVEIRA et al., 2008), o que inviabiliza a desconstrução do aparato manicomial e reitera o que diversas pesquisas apontam como o risco de se manterem práticas manicomiais em “novos” serviços de saúde mental (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Concordamos com Oliveira e Conciani (2009, p. 324-5) ao entender dialeticamente que a “participação como integração do indivíduo no processo terapêutico (exercício de liberdade e autonomia) é indissociável da participação como processo de construção democrática do SUS (exercício da cidadania)”.

A partir destes posicionamentos, buscamos nesta pesquisa avançar na análise sobre os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS de Mato Grosso que compuseram os locais de pesquisa do PRATICAPS-MT, uma vez que estes projetos são estratégias históricas fundamentais de participação social e cuidado/trabalho em saúde mental na luta pela transformação do modelo manicomial.

Compreendemos que os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS de Mato Grosso são marcados historicamente pelos processos políticos e ideológicos que envolvem avanços e retrocessos próprios do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Consideramos que tais projetos fazem parte desta totalidade e por isto expressam e se relacionam dialeticamente com as especificidades regionais do Estado de Mato Grosso.

Nesta pesquisa, dispusemo-nos a analisar os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS a partir das seguintes questões: Quem elaborou os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS? Como eram identificados/definidos os usuários e sua família e de que forma era a participação deles no processo de produção de saúde no serviço? Quais foram os objetivos do cuidado/trabalho, as estratégias/ações propostas e suas finalidades? Quais eram as justificativas presentes para implantação do serviço no município?

Como enfermeiras, interessou-nos ainda investigar como o cuidado/trabalho de enfermagem está posto nos *projetos terapêuticos* dos CAPS de Mato Grosso. Consideramos que esta busca se torna importante para nossa profissão, pois historicamente o papel do enfermeiro psiquiátrico foi bem definido: era sempre o “*dono das chaves*” (ATAÍDE, 2008, p. 16), cujas ações e intervenções se constituíram dentro do manicômio e voltadas às intervenções médico-psiquiátricas.

Hoje o trabalho da enfermagem é considerado imprescindível na constituição da equipe mínima dos CAPS (BRASIL, 2004), o que, se por um lado ressalta sua importância na política de estruturação dos serviços de saúde mental, também nos faz questionar como o seu trabalho tem se dado nesta transformação. Desta forma, interessou-nos investigar nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS como estava presente o cuidado/trabalho da enfermagem visando com isto contribuir para que a enfermagem seja agente de transformação nos serviços de saúde mental.

Para isto, tivemos como questionamentos: Como o cuidado/trabalho da enfermagem é definido/identificado nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS? Quais as implicações das diretrizes apontadas para esta categoria profissional no seu trabalho/cuidado nos CAPS?

Partimos do pressuposto de que o movimento da Reforma Psiquiátrica implica mudança da resposta social à loucura, o que se opera de modo social complexo e muito além da oferta de serviços novos. A falta de reflexão/criticidade e de participação social na lógica que orienta a criação dos CAPS dificulta a transformação/avanço das práticas em saúde mental. Admitimos que a inversão da lógica manicomial somente pode ser constituída em contextos sociais democráticos nos quais os usuários participam da criação, desenvolvimento e gestão dos serviços de forma horizontalizada e solidária juntamente com os trabalhadores e gestores de saúde (OLIVEIRA; CONCIANI, 2009).

Pressupomos, a partir disto, que os *projetos terapêuticos institucionais* nos CAPS possibilitam a ampliação de estratégias para a reinserção política e social de pessoas em sofrimento mental, tanto para a transformação das práticas assistenciais e de gestão para os serviços quanto para o avanço das diversas políticas públicas de saúde mental integradas à política do SUS.

A relevância desta pesquisa consiste no empreendimento de um estudo que buscou analisar um dispositivo fundamental para que os novos serviços de saúde mental, como o CAPS, possam ser inovadores por proporcionar novos espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade (AMARANTE, 2007).

Para o Estado de Mato Grosso, o avanço nas análises acerca dos projetos dos CAPS empreendido nesta pesquisa é um investimento teórico e prático que buscou apontar os limites a serem superados e os avanços já conquistados.

Dentro de tal proposta, a realização desta pesquisa é ainda relevante para o nosso grupo de estudos NESM-MT, pois buscamos estratégias de avanço frente aos resultados da pesquisa do PRATICAPS-MT.

Além disto, o estudo se adequa aos objetivos da linha de pesquisa do grupo que desenvolve de modo pioneiro pesquisas comprometidas com o fortalecimento da

atenção psicossocial no Estado de Mato Grosso, reafirmando o compromisso social do NESM-MT com a defesa da vida e cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

A partir do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético que pressupõe a historicidade, a totalidade, a contradição e a dinamicidade dos fenômenos, consideramos que por meio deste estudo pudemos refletir acerca do processo de trabalho, participação social e gestão nos CAPS e resgatar o potencial instituinte dos *projetos terapêuticos* nos serviços de saúde mental.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Analisar os *Projetos Terapêuticos Institucionais* dos CAPS tipo I e II do Estado de Mato Grosso

### 2.2 Específicos

2.2.1 Descrever os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS, e neles:

2.2.1.1 Identificar os responsáveis pela sua elaboração, os objetivos do cuidado/trabalho, as estratégias/ações propostas e suas finalidades;

2.2.1.2 Identificar de que forma usuários e seus familiares se inseriam ou participavam do processo de produção de saúde nos CAPS;

2.2.1.3 Identificar a relação entre o território/município e as justificativas para a criação dos CAPS;

2.2.1.4 Identificar como o processo de trabalho da enfermagem estava presente no planejamento dos CAPS;

2.2.2 Discutir as relações estabelecidas entre os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS e os avanços e limites para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Referencial Teórico - Metodológico

A pesquisa teve como referencial os princípios do materialismo histórico e dialético, compreendendo que esta perspectiva representa o **caminho teórico-metodológico** para compreensão de um fenômeno da realidade social presente, na dinamicidade da sociedade e em sua constante provisoriedade e transformação histórica (MINAYO, 2007).

Consideramos, sob esta perspectiva teórico-metodológica, que o estudo de qualquer fenômeno da realidade implica compreendê-lo a partir da realidade concreta de que é parte, e não o abstraindo dessa realidade ou retirando-o dela como se o fenômeno dela independesse (ANDERY et al., 2006).

Nesta pesquisa, utilizamos os princípios do materialismo histórico e dialético – **historicidade, contradição, totalidade e não neutralidade** – conforme descritos por Minayo (2007)

Desta forma, a análise dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS do Estado de Mato Grosso requereu que partíssemos de sua realidade concreta e contextualizada frente à **especificidade sócio-histórica** da vida humana e das relações que o homem estabelece histórica e socialmente com a loucura.

Esta perspectiva sócio-histórica nos permite afirmar que a análise de um fenômeno, ou seja, dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS, não parte de uma unidade estática da realidade, mas de uma totalidade que o vincula indissociavelmente a história dos fatos econômicos, sociais e das ideias (MINAYO, 2007).

A perspectiva da **totalidade** possibilita a análise dos *projetos terapêuticos institucionais* em relação e inter-relação com estruturas sociais, econômicas e político-ideológicas (mercado de consumo de tecnologias, modo de produção capitalista, formação profissional, diretrizes políticas normativas, etc.), as quais se integram a estes projetos de

forma que “[...] *o particular não existe senão quando se vincula ao geral e o geral só existe no particular e por meio dele*” (MINAYO, 2007, p. 114).

Considera-se que os **conflitos e as contradições** são inerentes ao movimento da história e transformação social no interior das totalidades, e que os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS expressam/acompanham este movimento que ora permite avanço nos processos de desinstitucionalização requeridos, ora perpetua e constrói novos arranjos para manter as práticas manicomiais:

As sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação e configurações culturais são específicas. Elas vivem o presente marcadas pelo passado e projetadas para o futuro que em si traz, dialeticamente, as marcas pregressas, numa re-construção constante do que está dado e do novo que surge (MINAYO, 2007, p. 39).

Partimos do princípio da **não neutralidade** ao considerarmos que a institucionalização político-normativa dos *projetos terapêuticos* nos CAPS é intencional na medida em que configuram diretrizes legais para o trabalho em saúde mental. Transpostas para o trabalho, estas diretrizes se efetivam numa determinada “maneira de cuidar”, a qual é necessariamente ideológica, histórica e social.

Da mesma forma, como pesquisadoras não somos neutras neste processo de conhecimento e pesquisa, ao contrário, somos atuantes com uma determinada visão crítica e social da realidade que, dialeticamente, constituímos e somos constituídas por ela.

### **3.2 Tipo de pesquisa**

Optamos por um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa que será realizado por meio de Análise Documental.

Segundo Trivinos (2007), o estudo exploratório-descritivo tem por objetivo descrever um determinado fenômeno em torno do qual são realizadas análises empíricas e teóricas. O investigador deve explorar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, os fatos e o ambiente, o que se adequa aos objetivos desta pesquisa sob a perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico e dialético.

A abordagem qualitativa possibilita apreender a historicidade e compreensão da lógica interna e coletiva que articula as questões entre a teoria, a realidade empírica e a intencionalidade (MINAYO, 2007), o que aproxima o objeto de pesquisa e o pesquisador a partir da não neutralidade de ambos.

Lüdke (1986) afirma que análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Para proceder à análise dos documentos, consideramos que todo documento é histórico e resulta da sociedade que o produziu e do esforço das sociedades históricas para impor ao presente e ao futuro uma determinada imagem de si própria, por isto “[...] o que os indivíduos e grupos exprimem (nos documentos) é o reflexo da sua situação social, dos seus pólos de interesse, da sua vontade de afirmarem o seu poder, do seu sistema de crenças, dos seus conhecimentos” (SAINT-GEORGES, 1997, p. 41).

Segundo Abreu (2008) a análise documental é uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas, cuja importância se destaca por serem os documentos as fontes - escritas ou não - da própria história da sociedade que permite reconstruir o caráter histórico-crítico dos fatos sociais, e serem ainda quase sempre a base do trabalho de investigação/pesquisa:

A investigação confere um valor histórico ao documento à medida que o pesquisador é capaz de superar os limites inerentes ao próprio material com que trabalha e, ao mesmo tempo, reconhece serem sua postura e experiência de vida compostas por uma bagagem que é histórica, tornando-o um objeto, isto é, o historiador é também fruto de seu tempo (PIMENTEL, 2001, p, 193).

Neste sentido, Saint-Georges (1997, p. 17) afirma que os documentos - escritos ou não - devem ser considerados como “verdadeiros factos de sociedade”, dado que são feitos por pessoas, e por isto devem ser analisados de forma crítica e relacionados ao contexto histórico e social do momento em que foram produzidos.

Este autor nos fala que alguns dos limites da análise documental se referem à autenticidade dos documentos, às distorções e fraudes que podem ser forjadas nos documentos, à sua disponibilidade para o pesquisador e à sua representatividade em relação ao objeto de investigação (SAINT-GEORGES, 1997).

Nesta pesquisa, consideramos haver indícios que alguns destes fatores estavam presentes nos documentos estudados, pois encontramos muitas cópias e semelhanças entre documentos de origens diferentes. Porém, não consideramos que este seja um limite à análise, ao contrário, são elementos dos documentos que retratam o contexto (social e político) em que os documentos foram produzidos.

Desta forma, procuramos no processo de análise dos documentos realizar o exame metódico dos mesmos no esforço de determinar o seu alcance e suas características. Para isto, buscamos contextualizá-los de forma histórica e social, tanto no que são, no que dizem/expressam, quanto naquilo que tentam forjar.

### **3.3 Fonte dos documentos**

A pesquisa tem como fonte de dados os documentos referentes aos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS do Estado de Mato Grosso que foram coletados durante a realização da pesquisa PRATICAPS-MT.

A realização da pesquisa PRATICAPS-MT previa a elaboração de um banco de dados a ser disponibilizado para a comunidade científica. Sua coleta se pautou na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO).

No Banco de Dados constam todos os documentos coletados durante a pesquisa (APÊNDICE 01) na forma de dados brutos, e por isto caracterizados como documentos primários. O referido banco de dados se encontra disponível no NESM-MT localizado na FAEN/UFMT e foi disponibilizado pela responsável da pesquisa do PRATICAPS-MT (APÊNDICE 02).

### **3.4 Escolha dos documentos**

Segundo Abreu (2008), as perguntas que o pesquisador formula ao documento são tão importantes quanto o próprio documento, ou seja, o problema ou o objeto de investigação da pesquisa norteia a escolha e a seleção dos documentos.

Optamos nesta pesquisa por investigar somente os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS que atendem a adultos, ou seja, os CAPS do tipo I e II, pois consideramos que estes serviços abrangeram as características que pretendíamos investigar/objetivos.

Esta escolha se deu a partir da constatação de que os CAPSi e os CAPS AD têm características diferenciadas, ou seja, embora sejam integrantes do sistema público de atendimento de saúde mental, atendem clientela específica – crianças e usuários/dependentes químicos – e requerem abordagens terapêuticas específicas.

Consequentemente, os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPSi e dos CAPS AD requerem abordagem diferenciada e própria à especificidade dos mesmos, como por exemplo, referencial teórico de desenvolvimento psíquico infantil (CAPSi) e de redução de danos (CAPS AD) que não eram alvo de investigação desta pesquisa.

### **3.5 Análise dos documentos**

A análise dos dados se fundamenta teórica e metodologicamente no materialismo histórico e dialético. Os processos de análise e discussão dos resultados foram orientados pelos princípios da historicidade, contradição, totalidade e não neutralidade, conforme apresentados no subitem 3.1.

A organização dos documentos - *projetos terapêuticos institucionais* - selecionados foi feita inicialmente pela sistematização dos dados segundo a técnica de **análise de conteúdo**.

A análise de conteúdo se refere ao desenvolvimento de técnicas de tratamento de dados que, seja baseada na lógica quantitativa ou qualitativa, busca ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação dos mesmos:

[...] deve ser objetiva, trabalhando com regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras [...]; sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos (MINAYO, 2007. p. 308-9).

Existem diferentes modalidades de análise de conteúdo, e nesta pesquisa realizamos a análise de conteúdo do tipo temática por considerarmos ser essa “apropriada para as investigações qualitativas em saúde” (MINAYO, 2007, p. 309).

Segundo Minayo (2007) a análise de conteúdo do tipo temática compreende um processo de investigação a respeito de um determinado assunto na qual o tema comporta um feixe de relações que pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, de uma frase ou de um resumo, o que possibilita uma interpretação mais objetiva e crítica do material e um aprofundamento na análise dos dados.

Esta autora delimita este tipo de análise em três etapas – pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - as quais orientaram a organização dos documentos nesta pesquisa.

Na pré-análise realizamos a leitura flutuante dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS na busca de entrar em contato direto e intenso com os documentos, o que torna a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar “a sensação de caos inicial” (MINAYO, 2007, p. 316).

Nesta fase buscamos ainda responder a normas de validade dos documentos, sobretudo no que se refere a sua representatividade e pertinência em relação aos objetivos da pesquisa, pois um processo de análise documental deve abranger além da crítica interna a crítica externa do documento (SAINT-GEORGES, 1997), ou seja, examinamos tanto o texto/mensagem quanto os aspectos materiais do documento. Após isto, realizamos a retomada da etapa exploratória em função da leitura exaustiva dos documentos e das indagações iniciais da pesquisa.

Na segunda etapa – exploração dos materiais – realizamos as operações classificatórias para obtermos os núcleos de compreensão e identificarmos as unidades de registro e de contexto e os recortes.

A partir das categorias analíticas estabelecidas para análise, Processo de Trabalho e a Atenção Psicossocial, buscamos, na fase de exploração, identificar e desenvolver as categorias empíricas ou temáticas.

As categorias empíricas identificadas foram: **O processo de trabalho nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS de Mato Grosso e O trabalho da enfermagem nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS de Mato Grosso**

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Processo de trabalho em saúde

O trabalho na teoria marxista se caracteriza como um processo social consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformá-la em elementos úteis. Distingue-se o homem dos outros animais por sua ação na natureza ser intencional e existir, entre a intencionalidade e o ato, a mediação de uma teoria e de instrumento para sua realização (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Um objeto da natureza ou da vida social se torna um objeto do processo de trabalho quando um sujeito o delimita “[...] guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial [...]”, ou seja, o homem recorta um objeto com base no seu saber intencional e no reconhecimento de que este recorte (objeto), após sua ação transformadora sobre ele, irá provê-lo duma certa necessidade identificada no objeto (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 18).

A intervenção do homem sobre o objeto de trabalho pressupõe a utilização de meios adequados a certa finalidade. Este meio utilizado se constitui em instrumento de trabalho somente se o homem se vale de suas qualidades ao utilizá-lo com um determinado fim no recorte do objeto: “[...] para se constituírem enquanto instrumentos devem apresentar a capacidade de sintetizar as qualidades do objeto e do projeto de produto em uma ação transformadora [...]” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 08).

A apreensão do processo de trabalho é feita considerando a reciprocidade e articulação presentes nos seus elementos. E se todo o processo de trabalho visa atender uma necessidade humana intencional (finalidade), ao final do processo ocorrem necessariamente mudanças: “[...] o homem cujo carecimento houver sido satisfeito já não será tampouco o mesmo, mas, modificado pelo ato do consumo, terá sido diferenciado e especificado [...]”. Abrem-se, portanto, as possibilidades de haver diferentes modos de realização do processo de trabalho com vistas a outros “carecimentos” que não o inicial, o

que implica diferenciação e modificação dos elementos do processo de trabalho e do próprio homem ao longo da história (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 12).

Andery et al. (2006, p. 405) aponta que na concepção marxista a base da sociedade, bem como a característica fundamental do homem, está no trabalho: “[...] a produção da vida pelo homem está se referindo a uma atividade concreta, a uma atividade produtora de bens materiais e, mais, a uma atividade que produz a maneira de viver do homem [...]”.

Neste sentido, o homem realiza o trabalho e se reproduz por meio dele através do consumo do que foi produzido e da ampliação dos instrumentos e objetos de trabalho, modificando e sendo modificado pelo trabalho, constituindo-se assim o caráter histórico de todos os fenômenos sociais.

Nesta produção e reprodução histórica, o homem sempre estará *em relação* com outros homens:

[...] a sociedade e o homem, que embora distintos se constituam em uma unidade, produzem-se reciprocamente, tanto social como historicamente; e mesmo quando a atividade humana imediata é individual, ela se caracteriza como social, seja porque as condições para a realização da atividade são produtos sociais, seja porque a própria existência do homem é social, seja porque o objetivo da atividade humana é sempre social (ANDERY et al., 2006, p. 407).

Sendo a relação e transformação entre os homens e sociedade inerentes ao movimento histórico e social da constituição do próprio homem e da sociedade na busca de satisfação de suas necessidades (imediatas ou não), este movimento expressará sempre as condições objetivas de um determinado momento histórico e as contradições que, nesse momento, impulsionam o movimento de transformação. Ao mesmo tempo, esta concepção remete ao fato de que não há uma essência humana dada ou imutável, ao contrário, aponta que o homem, as instituições, a sociedade e a própria natureza são construídas historicamente e que só podem ser apreendidas nesta relação histórica, social, transformadora e contraditória (ANDERY et al., 2006).

As relações na concepção marxista estão, portanto, envolvidas em outras relações gerais, não existindo isoladas, mas sim a partir de múltiplas determinações que “[...] existem em sua contínua relação e inter-relação com outros fenômenos, constituindo-se em e constituindo as totalidades que as formam [...]” (ANDERY et al., 2006, p. 412).

O princípio da totalidade aponta o método de análise marxista no qual é necessário relacionar a história dos fatos econômicos, sociais e das ideias para se analisar um fenômeno que compõe a totalidade, pois o conhecimento da realidade do fato oscila entre o todo e as partes que devem ser esclarecidas mutuamente: “[...] nada se constrói fora da história e nem a história é produto das ideias [...]. Ela não é uma unidade vazia ou estática da realidade, mas uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto (MINAYO, 2007, p. 111).

Traduzido no campo da saúde, o processo de trabalho implica no reconhecimento de que não há um “trabalho em saúde geral” e que, para que o processo possa efetivamente objetivar-se em um produto (trabalho/cuidado), há que se ter estabelecido, intencionalmente, a coesão interna entre os elementos do processo de trabalho, numa relação histórica e socialmente determinada através da qual é possível compreender o campo específico de práticas de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Neste sentido, torna-se necessário reconhecer o nexos estabelecido entre a atividade humana social e intencional e os elementos do trabalho para compreender as conexões entre as práticas de saúde empreendidas, as formas de organização e gestão do trabalho e a configuração de um dado modelo assistencial de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Desta forma, o conceito de modelo assistencial em saúde articula processos de organização social e política do trabalho, os quais se materializam, intencionalmente, como o modo concreto de produzir saúde, ou seja, o modo como as práticas se organizam a partir de certo modo de agir e ofertar certos produtos para deles obter resultados (MERHY, 2007a).

A partir desta forma de pensar, tem-se que os elementos do processo de trabalho são sempre social e historicamente determinados, o que não impede, entretanto, que na nossa sociedade capitalista as determinações sócio-históricas (a sociedade, as necessidades, os interesses, os agentes, os procedimentos, as tecnologias, etc.) que instituem o processo de trabalho como prática social sejam negadas (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Esta negação corresponde ao processo de alienação do trabalho, ao não reconhecimento das condições históricas e sociais de conformação de um dado modelo

assistencial, como se existisse uma forma de trabalho “naturalizada”, independente da história e da sociedade, que fosse ideal e imutável (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Este processo de naturalização se constrói sob a forma de ideias que afirmam que os fenômenos sociais são como são porque é natural que assim sejam, existem em si e por si, e não como resultados da ação humana. As ideias são transformadas em ideologias com o objetivo de ocultar as relações existentes entre a produção das ideias e as condições sociais e históricas nas quais elas são produzidas. Desta forma, oculta-se a divisão social do trabalho, dissimula a presença da luta de classes (domínio e exploração dos não-proprietários pelos proprietários privados dos meios de produção), nega-se as desigualdades sociais (são imaginadas como se fossem consequência de talentos diferentes, da preguiça ou da disciplina laboriosa) e oferece a imagem ilusória da sociedade originada do contrato social entre homens livres e iguais (CHAUI, 2000).

Ancorado nos conceitos marxistas de trabalho vivo e trabalho morto, Merhy (2007b) enfatiza a capacidade que os trabalhadores detêm em transformar o processo de trabalho e, por extensão o modelo assistencial, através do trabalho vivo em ato.

O trabalho morto corresponde a todo produto de um trabalho humano anterior que o concretizou, ou seja, o trabalho morto expressa o resultado de um trabalho vivo anterior que o produziu (MERHY, 2007b).

O trabalho vivo é a atividade humana concreta em si de trabalhar, momento marcado pela disponibilidade de o trabalhador agir com certa liberdade para gerir processos e formas organizacionais do trabalho e também para agir no encontro com o usuário (MERHY, 2007a).

Portanto, há na realização do trabalho vivo uma dimensão organizacional/estruturada do trabalho morto e uma dimensão do *trabalho vivo em ato* que permite ao trabalhador certa liberdade para realizar o projeto de produção de saúde:

[...] a ação intencional do trabalho realiza-se em um processo no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumentos para a ação, “captura” intencionalmente um “objeto/natureza” para produzir bens/produtos [...]; [...] e com isso, opera um ato produtivo que é amarrado por uma intenção posta anteriormente a ele, no qual o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato e os instrumentos usados, bem como a organização do processo, como trabalho morto (MERHY, 2007b, p. 47).

O trabalho vivo em ato está sempre em relação com o trabalho morto, mas dispõe de uma autonomia ampla. No encontro entre usuário e trabalhador ocorre a articulação entre tecnologias leves, leve-duras e duras e serão as tecnologias leves que expressarão os principais componentes relacionais.

As tecnologias leves correspondem à produção de vínculo, autonomia, acolhimento, gestão participativa, entre outras; as leve-duras correspondem aos saberes estruturados, a exemplo da epidemiologia, clínica médica; as duras correspondem aos equipamentos como as máquinas, às normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2007b).

O *trabalho vivo em ato* opera com as tecnologias leves que, de um lado, atuam como certo modo de gerir processos e delimitar objetos, recursos, instrumentos e intenções. De outro, atuam como certa maneira de agir para a produção de saúde, estabelecendo entre o trabalhador e o usuário espaços e relações intercessoras nas quais se expressam as práticas de acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização, entre outras (MERHY, 2007b).

Este mesmo autor afirma que o espaço intercessor revela a disputa de distintas forças, tanto forças que tendem a fixar o trabalho, quanto forças que tendem a transformá-lo, o que compõe um cenário no qual não cabe a noção de impotência.

No processo de trabalho, a captura do trabalho vivo ocorre num momento em que o trabalhador tem seu processo de trabalho controlado por *forças instituídas*, ou seja, as tecnologias mais estruturadas (dura e leve-dura), como por exemplo, quando o profissional se prende a uma norma, algum tipo de manual, dentre outras (MALTA; MERHY, 2003), não conseguindo exercer nenhuma ação de forma autônoma - seu *autogoverno*, ficando amarrado pela lógica do trabalho morto expresso por algumas dimensões tecnológicas (MERHY, 1997).

A partir destas considerações que nos permitem afirmar que o cotidiano do trabalho em saúde, no seu espaço micropolítico onde se desenvolvem as relações intercessoras, é um espaço dinâmico, de encontro e movimento, consideramos que se trata de um tema vasto e que se origina nos pressupostos do movimento institucionalista ou Análise Institucional:

O Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo e polimorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os

processos auto-analíticos e auto-gestivos dos coletivos sociais (BAREMBLITT, 1996, p.11).

Primeiramente, faz-se necessário apresentar o conceito de instituição. Para o movimento institucionalista a instituição é uma entidade abstrata, cuja “vitalidade” está na sua capacidade de manter o movimento de transformação histórico-social. A sociedade é um conjunto de instituições (família, religião, educação, trabalho, justiça, linguagem, entre outras), e o sistema de saúde também se configura como uma instituição. As diversas instituições sociais articulam entre si para regular a produção e reprodução da vida e das relações entre os homens (BAREMBLITT, 1996):

As instituições são instâncias de saber que permitem a todo tempo recompor as relações sociais, organizar espaços e recortar limites. Apesar de sua forma virtual, imaginária e simbólica, não estão desvinculadas da prática social. Cada sociedade, segundo o modelo infraestrutural a que obedece, cria um tipo de instituição, que será mantida e sustentada em todos os níveis, do Estado à família, Igreja, escola, relações de trabalho, sistema jurídico, etc. (PEREIRA, 2007, p. 7).

As instituições comportam forças ditas instituintes capazes de transformar, disparar processos de mudanças que dão movimento histórico à sociedade. Em contrapartida, os produtos resultantes desta transformação são ditos instituídos.

Tanto as forças instituintes quanto as instituídas constituem um movimento que é histórico, dialético e social; não se tratam de conceitos com características positivas ou negativas, mas que se relacionam dialeticamente no interior das instituições sociais (BAREMBLITT, 1996).

O instituinte não deve ser pensado como força que resulta em instituído, mas como relação de forças permanente, que comporta tanto o poder como as singularidades de resistência e produção de novos sentidos. Nas bordas do espaço instituído, debate-se o espaço instituinte, não previsível e inexato. Por isso, a instituição não pode ser compreendida somente como algo conservador, sem movimento contrário, face do instituído. O instituinte sobrevive encoberto no seio de toda instituição através de seu germe transformador, o desejo, iceberg do qual só vemos a ponta aguda, cuja parte submersa é uma potência energética (PEREIRA, 2007, p. 8).

A dinâmica do instituinte e instituído no interior do processo de trabalho em saúde, permite-nos afirmar que a mudança de um modelo assistencial se dá de forma processual na medida em que se consegue “disparar” processos instituintes como possibilidade de transformação/mudança no instituído (FRANCO, 2007).

Da mesma forma, é sempre um processo social e histórico que produz novos acontecimentos, provoca mudanças nos sujeitos e nos contextos nos quais há **dispositivos** que deflagram a mudança (MERHY, 2007a), “[...] um movimento, uma produção/ação, uma reação, uma reflexão, uma mobilização no outro ou no caso de um dispositivo de gestão, nos sujeitos individuais ou coletivos inseridos em uma organização” (OLIVEIRA-NUNES, 2008, p. 46).

Para o movimento institucionalista, os dispositivos são os **protagonistas** de processos de transformação, eles conectam forças que ignoram os limites formalmente instituídos, produzindo realidades alternativas e revolucionárias. Os princípios que orientam estes dispositivos não permitem a indução de respostas, ao contrário, devem produzir “agitação” de forma que emirjam processos de autoanálise nas instituições (BAREMBLITT, 1996):

A *auto-análise* consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida (BAREMBLIT, 1996, p. 17).

Outra característica do dispositivo é sua “natureza morta”, seu caráter transitório, ou seja, quando o dispositivo cumpre seus objetivos ou quando não mais se identifica com as suas metas, deve ser capaz de “autodissolver-se”. Esta “autodissolução” se faz necessária para que os dispositivos não perpetuem como uma finalidade em si mesma, também não se institucionalizem e se cristalizem, perdendo seu caráter instituinte (BAREMBLIT, 1996).

O processo de autoanálise permite aos sujeitos avaliar as condições nas quais estão inseridos e buscar soluções para seus problemas, o que é um processo simultâneo à autoorganização, e prescinde de dispositivos deflagradores:

[...] para que a auto-análise seja praticada pelas comunidades, elas têm de construir um dispositivo no seio do qual esta produção seja possível. Elas têm de organizar-se em grupos de discussão, em assembléias; [...]; elas têm de dar-se condições para produzir este saber; e para desmistificar o saber dominante (BAREMBLITT, 1996, p. 19).

A autoanálise e autogestão se caracterizam, portanto, pela recuperação do poder de organização e autogerenciamento de forma a eliminar processos burocráticos e de imposição, movimentos estes que estão intimamente relacionados ao desenvolvimento do

modelo de atenção psicossocial e dos *projetos terapêuticos institucionais*, conforme apresentaremos posteriormente.

Ambos os processos não prescindem da divisão de tarefas e as hierarquias podem auxiliar no processo de autoorganização. No entanto, a hierarquia não se define como hierarquia de poder, pois o poder está na mão do coletivo, que delibera e decide um projeto definido consensualmente, e que considera o saber constituído nesse coletivo (BAREMBLIT, 1996).

Será a partir destas considerações que abordaremos a seguir o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, seus desdobramentos no Estado de Mato Grosso, e avançar nas discussões acerca dos *projetos terapêuticos institucionais* na atenção psicossocial.

## **4.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira e os projetos terapêuticos na atenção psicossocial**

No campo do trabalho em saúde mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil representa o movimento social de crítica e enfrentamento ao modelo psiquiátrico. O sentido do movimento de transformação das práticas sociais no campo da saúde mental – já iniciado na Itália na década de 60, a Antipsiquiatria – adotado no Brasil com a denominação de Reforma Psiquiátrica foi o de **desinstitucionalização**:

[...] o primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente estabelecida. [...] Este “rejeitar” a solução possibilita uma mudança de ótica profunda e duradoura que atinge o conjunto das ações e interações institucionais. [...] Estamos implicados no confronto com uma estrutura de respostas científicas, terapêutica, normativas e organizativas, que se autolegitimaram como soluções racionais [...]. Por isto, a repositição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional (ROTELLI, 2001, p. 28-9).

A desinstitucionalização remetia à desconstrução da psiquiatria enquanto instituição de saber que tomou para si a tutela do louco e deu a este o estatuto de “doente

mental” (JORGE et al., 2003). Desta forma, o movimento busca desinstitucionalizar o conjunto de saberes e práticas da instituição psiquiatria que separa o objeto “fictício” - a doença mental - da existência complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social (ROTELLI, 2002).

A partir da década de 70 no Brasil, o movimento da reforma surgiu em meio ao movimento sanitário que buscava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços, e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias (BRASIL, 2005b).

Intelectuais, estudantes, familiares e pacientes, e outros setores populares reivindicam a democratização de direitos e autonomia no enfrentamento de uma nova política pública no setor da saúde mental, trazendo o debate sobre a loucura para o espaço social (PEREIRA, 2007).

Em 1978, a criação do MTSM empreendeu críticas ao modelo psiquiátrico e suas práticas. Procurando compreender a função social da psiquiatria e suas instituições – hospitais/manicômios – com suas finalidades para além de um papel médico-terapêutico, o MTSM construiu o pensamento crítico que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo psiquiátrico a partir do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995, p. 492).

No ano de 1987, dois eventos marcaram definitivamente os rumos do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira: a 1ª CNSM e o posterior 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental:

[...] A I Conferência representa [...] o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: "Por uma Sociedade sem Manicômios". Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o 'ato de saúde', que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002, p. 9).

Desse modo, em oposição às práticas psiquiátricas, a transformação deste modelo visa ao desenvolvimento do **cuidado psicossocial**, um campo de práticas

interdisciplinares e pautadas por uma ampliação do processo saúde-doença: “[...] depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento [...]” (ROTELLI, 2002, p. 33).

Portanto, o trabalho/cuidado psicossocial implica criação e aquisição de novos conceitos, novos instrumentos de trabalho, novas formas de conviver com o fenômeno social da loucura com a finalidade de abranger a pluralidade de elementos que determinam uma dada condição de sofrimento e “[...] *tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida*” (AMARANTE, 1995, p. 494).

Entre as repercussões do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira neste período, temos a criação pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, em 1987. O projeto original da SMS-SP previa a criação de uma rede de CAPS que atuasse como uma estrutura de passagem onde os usuários permaneceriam até ter condições de continuar o tratamento em ambulatórios. Esta proposta não prosperou em decorrência de retrocessos provocados pela gestão posterior, mas foi inspiradora de ações da política de saúde mental (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Em 1989, foi implantado em São Lourenço do Sul (RS) a “Nossa Casa”, um serviço de saúde mental que visava, com o envolvimento dos técnicos de saúde e da comunidade, a ruptura com o modelo de internação (NUNES, 2005). Sendo um município pequeno, teve como peculiaridade a participação dos governantes, usuários, familiares e trabalhadores no processo de Reforma Psiquiátrica, o que possibilitou uma mudança a ser construída de forma que todos participassem do processo: a responsabilização era requerida da gestão, do familiar, dos profissionais e da comunidade (WETZEL; ALMEIDA, 2001).

Antecedeu à criação da Nossa Casa o desenvolvimento de um projeto municipal de saúde mental que buscou envolver usuários, familiares e toda a comunidade visando a participação efetiva de todos os envolvidos, equipes de trabalho, instituições, instancias governamentais e grupos organizados da comunidade (WETZEL; ALMEIDA, 2001). O objetivo se baseou na “[...] prevenção e tratamento do doente mental, sendo essencialmente extra-hospitalar, com a participação da família e da comunidade, visava a reabilitação e reinserção deste, no convívio social” (NUNES, 2005, p. 295).

Também no ano de 1989, deu-se início ao processo de intervenção realizado pela SMS de Santos/SP em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes (BRASIL, 2005b). A nova administração municipal, conduzida por atores importantes do movimento da reforma sanitária, promoveu ações que refletiam uma “nova ordem institucional”:

Uma política que se originou na radicalidade, tanto no enfrentamento e confronto de forças (poder público X donos de hospitais) como na ousadia de virar o manicômio no avesso, de instituir processos de negação da própria instituição e romper a lógica da exclusão (LUZIO; L`ABBATE, 2006, p. 288).

Neste período, iniciou-se ainda em Santos/SP a criação de novos serviços de saúde mental, os NAPS, que funcionavam por 24 horas e realizavam atendimentos ambulatoriais, domiciliares, grupais, encarregando-se de coordenar e acompanhar os projetos de trabalho dos usuários a fim de estimular sua participação e autonomia. A partir desta experiência, foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital, associações e núcleos de atenção aos toxicodependentes (LUZIO; L`ABBATE, 2006).

Entre as diversas experiências no campo da saúde mental, a experiência do município de Santos/SP passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Tratou-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005b).

Em Mato Grosso, esta fase inicial do movimento da Reforma Psiquiátrica, nas décadas de 70 e 80, deu-se de forma peculiar. Se o movimento ocorreu inicialmente no Brasil como um movimento de oposição à política de compra de leitos no setor privado, em Mato Grosso, ao contrário de outras regiões brasileiras, a assistência psiquiátrica era exclusivamente pública, o que reafirmou a manutenção de uma assistência centralizada num único hospital psiquiátrico (OLIVEIRA, 2005a).

No início da década de 90, período em que se davam as primeiras experiências de criação de novos serviços de saúde mental extra-hospitalares em outros Estados, em Mato Grosso era criado e credenciado à rede pública de atendimento o primeiro hospital psiquiátrico privado na capital Cuiabá. Neste período, a lógica do mercado empresarial passou a definir e delimitar as políticas de saúde mental, constituindo, desta forma, a “Indústria da Loucura” em Cuiabá (OLIVEIRA, 2005a).

Este “descompasso” cronológico em relação a outras regiões é constituinte da história de Mato Grosso. Situado-se periféricamente em relação aos centros de desenvolvimento socioeconômico, o estado tem ocupação recente e os mecanismos de controle sociais frágeis ou mesmo ausentes não se fizeram resistentes frente aos setores conservadores e à influência das políticas centrais do MS (OLIVEIRA, 2005a).

Neste sentido, torna-se importante destacar que os primeiros CAPS de Mato Grosso foram criados na capital Cuiabá no ano de 2002, porém sua inserção política não teve correspondência com o planejamento nas ações em saúde mental, uma vez que no Plano Municipal de Saúde elaborado para o período de 2001-2005, não havia nenhuma ação prioritária em saúde mental (OLIVEIRA, 2005a).

Se a proposta de elaborar *projetos terapêuticos institucionais* para os CAPS surgiu a partir da criação dos NAPS em São Paulo, o que configurou estes projetos como **dispositivos** que surgiram num momento histórico específico de enfrentamento da instituição psiquiátrica, pode-se afirmar que os projetos dos primeiros CAPS de Mato Grosso não tiveram como meta serem dispositivos de transformação.

Os *projetos terapêuticos institucionais* dos NAPS se dispunham a transformar toda uma lógica amparada no saber médico psiquiátrico, representando um dispositivo heterogêneo que articulava dimensões políticas, sociais, jurídicas e culturais visando à transformação do trabalho em oposição às práticas manicomiais (CAMPOS; AMARAL, 2007), pois no centro de cada projeto deveria estar o sujeito em sofrimento, fato que poderia romper definitivamente com o objeto da psiquiatria clássica, a doença mental.

Nesta perspectiva, a realização de tais *projetos terapêuticos* se aproximou da proposta de Basaglia (2005) ao colocar a doença “entre parênteses” para se ocupar da vida, da comunidade, dos problemas familiares, econômicos e sociais das pessoas em sofrimento, sendo, portanto, comprometida com a Reforma Psiquiátrica no que se referia ao seu objetivo: a desinstitucionalização da loucura.

Atualmente, no contexto de transformação, limitações e contradições próprias do movimento histórico das práticas de saúde, os CAPS vêm sendo considerados nacionalmente como um dispositivo para a reversão do modelo psiquiátrico tradicional (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Luzio e L'Abbate (2007) acrescentam ainda que apenas os CAPS maiores e mais complexos têm capacidade de ser um dispositivo no contexto da mudança do modelo assistencial em saúde mental, principalmente porque funcionam por 24 horas.

Esta afirmação de que o CAPS é em si um dispositivo é influência das transformações das práticas em saúde mental ocorridas no Brasil a partir das décadas de 80 e 90, quando o termo psicossocial passou a designar os “novos dispositivos institucionais (Centros de Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS) que aspiram a outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica, que não mais as do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA, 2003, p. 19).

Consideramos que o CAPS é um estabelecimento de saúde que comporta certa organização e lógicas institucionais (BAREMBLIT, 1996), e que, no momento de seu surgimento, particularmente dos NAPS, pôde ser caracterizado enquanto um dispositivo que fez encaminhar, intervir, instituir outras possibilidades de existência, abrir novas perguntas e recolocar antigas questões com base em outros lugares que não o hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2007).

Como estabelecimentos de saúde, os CAPS são diferenciados quanto ao tamanho, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. Quanto à especificidade da demanda, diferenciam-se em (BRASIL, 2004):

- CAPS I e CAPS II: destinados ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III: destinados ao atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana;
- CAPSi: destinado ao atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- CAPS AD: destinados ao atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

No que se refere aos projetos terapêuticos, o MS incorporou-os em seu discurso oficial e determinou que, a partir do momento em que uma pessoa passa a ser atendida em todos os tipos de CAPS, todo o tratamento seja planejado e elaborado entre o usuário e a equipe para construir um projeto terapêutico, denominado pelo MS de **projeto terapêutico individual**. A partir da construção deste projeto individual, os CAPS

devem oferecer modalidades de tratamento que são denominadas de intensiva, semi-intensiva e não intensiva (BRASIL, 2004).

Neste mesmo documento, o MS recomenda que cada CAPS deve ter um **projeto terapêutico do serviço**, o qual nesta pesquisa denominamos de **projeto terapêutico institucional**, denominação que habitualmente trabalhadores e gestores locais do estado adotaram para este tipo de projeto no CAPS. Este projeto deve levar em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

Temos, portanto, duas perspectivas de projetos terapêuticos. A primeira se refere ao projeto terapêutico que é elaborado para e com o usuário – o projeto terapêutico individual. A segunda se refere ao *projeto terapêutico* do CAPS onde se planeja o processo de trabalho articulado à sua gestão, e que tem potencial para se estabelecer ou não como dispositivo - um *projeto institucional* com meta e força instituinte que busque subverter a lógica manicomial nos novos serviços de saúde mental.

Para efetivar tais recomendações, o MS lançou em 2005 a Portaria GM Nº 245/2005 na qual o *projeto terapêutico institucional* se torna um dos critérios exigidos para que o gestor local possa receber financiamento para implantar um CAPS no seu município, sendo o projeto previamente apresentado à respectiva SES e posteriormente ao MS.

Nota-se que o processo de captura do *projeto terapêutico institucional* pelos discursos oficiais por um lado produz avanços, como a expansão numérica dos CAPS impulsionada, sobretudo, pelo financiamento, mas também implica na criação de serviços sem a problematização acerca dos seus limites e da impregnação da burocracia e da “trama” das relações no dia- a- dia. A falta de criticidade na lógica institucional que orienta a criação dos CAPS dificulta a transformação/avanço das práticas em saúde mental:

[...] se o CAPS não executar seu projeto institucional de acordo com os princípios que a Reforma Psiquiátrica lhe atribui, rumo à inclusão social, a mudança de modelo ficará comprometida, atravancada, reproduzindo a lógica baseada na exclusão, não mais pela contenção física ou química, mas sim pela não viabilização de ações imprescindíveis a esse processo. [...] Assim, o projeto institucional que sustenta as ações do CAPS também deve apresentar clareza em suas diretrizes (LEÃO; BARROS, 2008, p. 101).

Se a necessidade de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009), acreditamos que os *projetos terapêuticos institucionais* são uma estratégia de corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários no investimento para o avanço da Reforma Psiquiátrica, desde que sua meta seja a transformação radical da instituição psiquiátrica.

Numa perspectiva ampla, e que nos possibilitou pensar na análise dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS de Mato Grosso, Merhy (2007c) caracteriza um projeto como uma estratégia que amplia as possibilidades de análise dos serviços e expressa uma modalidade de cuidado através da qual é possível analisar qual o recorte do saber, de ordens profissionais, de dimensões instrumentais ou tecnológicas empreendidas no ato de cuidar, enfim, permite delimitar qual a composição, organização e sentido das práticas em saúde que estão intimamente associadas à política operante.

Há possibilidade de construção de diferentes projetos no campo da saúde, cada qual representando um modelo de atenção e de perfis profissionais para operá-los. Um modelo assistencial que seja centrado em procedimentos, por exemplo, insere-se no modo capitalista de produção no qual a busca de lucro condiciona a elaboração de projetos que atendam às necessidades de lucro a partir de ações individuais, fragmentárias e que se unifica por somação. Isto delimita o perfil de um profissional que se alia a este tipo de projeto como um exercício pontual de sua competência específica na produção de um dado procedimento especializado, sem compromisso efetivo na produção de atos eficazes em saúde (MERHY, 2007c).

Na mesma perspectiva, Onocko-Campos e Furtado (2006) definem o *projeto terapêutico* do serviço como representativo de um modelo assistencial, pois propõem que a avaliação de um serviço de saúde mental, a exemplo do CAPS, seja feita a partir da relação entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados pelo serviço, de forma a superar avaliações instrumentais fixas, normativas ou epidemiológicas. O projeto seria então a “caixa preta” onde esta relação se daria e através do qual é possível contemplar a pluralidade e interdisciplinaridade dos processos de gestão e assistência.

Para construir um modelo assistencial que se constitua como tecnologia em saúde e que possa “recortar” o mundo das necessidades dos usuários para produzir de forma eficaz atos de saúde, é necessário construir outro projeto que resulte de uma relação

intercessora que tem por finalidade prover e estimular ganhos de autonomia e compromisso radical com a defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 2007c).

Na atenção psicossocial, o projeto terapêutico, seja individual ou institucional, deve essencialmente estar vinculado a esta meta, ser um projeto de transformação, um dispositivo a favor da desinstitucionalização e construção de sentidos e práticas em saúde mental, um processo “[...] construído, reconstruído, repensado, redimensionado em relação com os usuários e com os familiares e em equipe. [...] implica proximidade, intensidade de redes de afetos e relações” (OLIVEIRA-NUNES, 2008, p. 53).

A discussão dos *projetos terapêuticos* também se faz presente no que se denominou clínica ampliada, a qual empreende o conceito ampliado do processo saúde doença e que tem como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento. As pessoas, portanto, não se limitam à expressão das doenças de que são portadoras, mas há que se buscar desenvolver sua autonomia para “equilibrar” o combate à doença com a produção de vida. O profissional de saúde deve ajudar as pessoas não somente a combater as doenças, mesmo sendo um limite, de forma que a doença não as impeça de viver as outras coisas da vida: inventar-se apesar da doença (CARVALHO; CUNHA, 2006):

A superação da clínica tradicional (estruturada) se dá em dois aspectos interligados: o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes em relação à singularização do Sujeito: toda generalização está condenada a ser parcial em toda situação singular. O sujeito nunca será compreendido a partir de um diagnóstico. A partir deste reconhecimento, a clínica ampliada se deixaria tomar pelas diferenças singulares dos sujeitos doentes, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta esta diferença: o que é um limite do saber pode ser transformado em possibilidade prática de intervenção (CUNHA, 2005, p. 97).

Em vista disto, autores como Campos e Amaral (2007) e Carvalho e Cunha (2007) denominam o *projeto terapêutico* como singular, pois a transformação do processo de trabalho empreendida em cada projeto deve buscar essencialmente explicitar a singularidade do sujeito em relação aos diversos fatores que interferem na sua condição de saúde e de doença, de forma a romper a ideologia de que há um elemento determinante na condição de saúde-doença e possibilitar a prática da clínica ampliada do sujeito singular.

O termo *singular*, proposto pelos autores, parte da concepção de que no encontro entre trabalhadores e usuários, cada um deles é concebido um como sujeito co-produzido dialeticamente no tensionamento de forças que lhes são externas (Leis, religiões,

instituições, etc.) e internas (desejos, interesses pessoais, medo, crenças, etc.). Deste tensionamento resulta a *singularidade* de cada pessoa e o reconhecimento de que há diversos elementos ligados na clínica, ou seja, no encontro de sujeito-trabalhador e sujeito-usuário (CUNHA, 2005).

Metodologicamente, o *projeto terapêutico* singular elaborado no encontro destes sujeitos pode ser associado a uma variação da discussão de caso em equipe ou variação da discussão do “caso clínico”, sendo dividido em cinco etapas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades, negociação e reavaliação. O diagnóstico deve ter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite vislumbrar os riscos e a vulnerabilidade do usuário e captar de que forma este sujeito se produz frente à doença, aos desejos, ao trabalho e às relações familiares (CARVALHO; CUNHA, 2007).

Tanto o projeto individual/singular quanto institucional, na perspectiva da atenção psicossocial e da clínica ampliada, propõem a transformação de um modelo assistencial. Cada projeto deve colocar em prática os meios, tecnologias, saberes que qualifiquem o trabalho e explicitem os compromissos e vínculos estabelecidos entre usuários, familiares e trabalhadores/gestores (CAMPOS, 2003), propiciando o movimento de autoanálise na organização do processo de trabalho.

A aproximação do *projeto terapêutico* (individual e institucional) na atenção psicossocial e no campo da saúde coletiva se refere a esta capacidade de realizar um “cuidado personalizado”, de “fazer-se responsável”, levando-se em conta contextos micro e macro social, familiar, do trabalho, do território e da vida cotidiana no desenvolvimento de cada projeto. A produção de sujeitos sociais, singulares e autônomos deve ser a finalidade de intervenções diversas (medicação, psicoterapias, grupos, atividades expressivas, reuniões familiares, trocas afetivas e materiais) de forma que nos *projetos terapêuticos* não haja separação entre prevenção, tratamento, crise e reabilitação (AMARANTE; TORRE, 2001b; LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Outra importante concepção que se vincula ao *projeto terapêutico institucional* e que foi desenvolvida nas experiências realizadas no campo da saúde mental, refere-se ao desenvolvimento do profissional de referência (OLIVEIRA-NUNES, 2008).

O profissional de referência é aquele que, na equipe, passa a acompanhar o usuário para que ambos (usuário e profissional) adquiram visão de conjunto do processo em que estão envolvidos. O que caracteriza o papel de referência de um profissional é que este passa a planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão

potencializar o processo de reabilitação psicossocial. A expectativa é de que a responsabilização e o vínculo desenvolvidos entre usuários e trabalhadores sejam uma das decorrências dessa forma de trabalho (FURTADO, 2001).

O profissional de referência não se localiza em um núcleo profissional específico, pois o acompanhamento terapêutico, o desenvolvimento e resgate da autonomia nas atividades diárias da vida, constituem-se em vasto campo de competências dos diferentes trabalhadores em saúde mental, ainda que o usuário necessite de ações específicas de um profissional, como, por exemplo, de um tratamento odontológico – atribuição do dentista (FURTADO, 2001).

Desta forma, para gerir um *projeto terapêutico institucional* há que se estabelecer a divisão de tarefas e o responsável pelo gerenciamento, mas a noção de responsabilização e vínculo, expressa no profissional de referência, possibilita ainda a todos os demais profissionais de uma equipe o desenvolvimento de interação e troca de saberes, diminuindo a verticalidade entre as diferentes categorias profissionais e viabilizando a realização das ações de reabilitação psicossocial (FURTADO, 2001).

A referência no *projeto terapêutico institucional* implica transformação das relações de trabalho, pois cada profissional vai desempenhar suas ações baseado no projeto coletivo que tem como objetivo desenvolver autonomia e vínculo (CARVALHO; CUNHA, 2006), tanto entre os trabalhadores quanto entre estes e usuários, familiares.

No trabalho/cuidado em saúde mental, a autonomia não é tomada como um valor absoluto e estático de liberdade ou independência, mas sim como a capacidade que um sujeito tem de compreender e agir em relação a sua rede de dependências (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

De forma articulada, esta noção de autonomia representa a construção e o resgate da cidadania das pessoas em sofrimento, o que na sociedade tem a ação transformadora essencial do movimento da desinstitucionalização: a inclusão e reprodução da diferença entre as pessoas na sociedade.

Oliveira e Alessi (2005b), ao analisarem a cidadania como instrumento e finalidade do processo de trabalho em instituições de atenção extra-hospitalar de saúde

mental, compreendem-na não como um atributo formal, mas como um projeto aberto, construído no cotidiano.

Neste sentido, as autoras concluem que a inclusão das pessoas em sofrimento mental como cidadãs, no processo terapêutico, é possível somente se houver correspondência com a percepção dos trabalhadores como cidadãos, nesse mesmo processo de assistência:

[...] é no cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre o processo de reprodução e recriação, próprios das práticas de assistência à saúde, que pode se dar um processo contra-hegemônico que resgate os envolvidos (trabalhadores e usuários) como sujeitos sociais e cidadãos (OLIVEIRA; ALESSI, 2005b, p. 202).

Neste sentido, compreendemos que o tratamento decorrente da priorização da complexidade das demandas de cuidado (sociais, familiares, de saúde, de trabalho, etc.) e da subjetividade dos sujeitos envolvidos, a partir dos referenciais da atenção psicossocial, efetiva-se por meio da elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* como dispositivos no processo de trabalho em saúde mental.

Portanto, a partir da substituição da doença mental enquanto objeto de trabalho pelo sujeito em sofrimento mental, todos os elementos do processo de trabalho em saúde (objeto, finalidade e instrumentos) são alterados, bem como a relação entre a família e o sujeito em sofrimento mental, a organização dos serviços de saúde e os espaços sociais, sendo estes os aspectos que dão subsídios para elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* na atenção psicossocial.

O objeto da psiquiatria, a doença mental, é deslocado para a existência do sofrimento em um sujeito, evidenciando suas condições de reprodução social e familiar. A doença deixa de ser um objeto naturalizado (dado natural), reduzido a uma alteração biológica, para tornar-se um processo, uma experiência na vida dos sujeitos. Deste modo, a complexidade surge em oposição à naturalização da noção de doença (AMARANTE, 2003).

Esta complexidade se dá por conceber a doença como um processo saúde/enfermidade, não como sinônimo de complicação, mas sim de superação do modelo médico biológico, tendo em vista que o objetivo da complexidade no processo de trabalho no modo psicossocial é a reconstrução das pessoas como atores sociais e em suas múltiplas dimensões existenciais. A problematização não está na remoção dos sintomas

(finalidade do trabalho), mas em desenvolver ações que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos:

[...] a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente a sua reinscrição no mundo social (ROSA, 2003, p. 66-7).

### **4.3 O processo de trabalho da enfermagem na atenção psicossocial**

Para compreender o trabalho da enfermagem na atenção psicossocial é necessário compreendê-lo a partir do contexto histórico do qual faz parte e dos meios de produção que o determinam histórica e socialmente.

Considerando o referencial teórico desta pesquisa, podemos afirmar que o trabalho da enfermagem está inserido no conjunto das transformações dos processos de trabalho da saúde e nas transformações ocorridas com o surgimento da sociedade capitalista.

Historicamente a enfermagem tem sua origem no mesmo movimento social de transformação do hospital em local de cura, na Inglaterra em XIX. A enfermagem, neste momento, vai possibilitar a transformação do hospital através do controle, higiene e disciplina do espaço de forma que favoreça ao médico a tomada do corpo doente como seu objeto de trabalho, ou seja, a ação da enfermagem é o instrumento que possibilitou o trabalho médico.

No Brasil, o desenvolvimento da enfermagem está ligado às necessidades políticas e econômicas dos séculos XVIII e XIX, e pressupunha para o trabalho o desenvolvimento de técnicas e procedimentos alcançados à custa de treinamento escolar, disciplina rígida e austeridade moral (JORGE, 2003).

Oliveira e Marcon (2006a) relatam que a primeira escola de enfermagem no Brasil surgiu em 1890 decorrente da necessidade de organização do Hospício Pedro II (criado em 1852), no Rio de Janeiro. O objetivo era preparar a enfermagem para executar a

ordem e disciplina nos hospícios por meio da repressão e controle operados pela lógica do modelo médico-psiquiátrico manicomial.

De 1890 até 1942, a formação da enfermagem para trabalhar na assistência psiquiátrica foi assumida pelos próprios psiquiatras, em diferentes cidades, através da criação de escolas de enfermagem nos próprios estabelecimentos psiquiátricos. Neste contexto, o pessoal de enfermagem era preparado para garantir a observação, a vigilância e o registro de comportamentos que davam base para o médico saber sobre a doença mental dos internados (KIRSCHBAUM, 2000).

A enfermagem passou a ter importante papel na organização dos hospícios e, atuando segundo a lógica manicomial, tinha por objeto de trabalho o comportamento manifestado pelo doente mental; os meios de trabalho se referiam às formas de controle dos comportamentos que não correspondiam aos ideais de normalidade, tais como o uso da camisa de força, isolamento, restrições físicas, entre outras (OLIVEIRA; MARCON, 2006a).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado a partir de 1990 no Brasil, representou para a enfermagem um momento de transição entre a prática manicomial desenvolvida nos hospícios com a finalidade de conter os comportamentos dos doentes mentais e a incorporação de novos elementos ao processo de trabalho na atenção psicossocial (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O objeto de trabalho do enfermeiro, e demais profissionais de saúde, no modelo psicossocial se desloca do 'louco' para o sujeito em sofrimento. Para Amarante (1995), neste modelo de cuidados o sujeito não é mais um objeto do saber psiquiátrico, mas um sujeito de direito para o qual devem ser criadas possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade.

Desta forma, o trabalho da enfermagem em saúde mental que tem por objeto o cuidado de pessoas em sofrimento passa a ter como meta o incremento da autonomia destas pessoas, o que amplia as ações a serem desenvolvidas pela enfermagem. Oliveira e Marcon (2006a) citam, por exemplo, o deslocamento da posição de vigia e repressor para o de promotor de cuidados pessoais, mediador de conflitos, agenciador de oportunidades, educador em saúde, mobilizador de cidadania, entre outros.

Para Ataíde (2008), a transformação no trabalho da enfermagem requer a desconstrução de práticas de enfermagem construídas num contexto histórico, social, cultural, político e econômico onde prevaleceu o poder da psiquiatria e a hegemonia do modelo hospitalocêntrico que determinaram a forma de organização do trabalho da enfermagem.

Para a mesma autora, a criação e invenção de novas formas de cuidar e de desenvolver um trabalho em equipe, com ações voltadas para o modelo psicossocial, requerem a compreensão da construção e organização histórica do trabalho de enfermagem psiquiátrica, “[...] perceber as contradições existentes atualmente no processo de trabalho da enfermagem em saúde mental e entender por que durante tanto tempo, e até hoje, o objeto desse trabalho não está ainda claramente definido” (ATAÍDE, 2008, p. 42).

Revisando a literatura, observa-se que há atualmente muitas produções de enfermeiros que buscam investigar e refletir sobre o seu trabalho na atenção em saúde mental. Apresentaremos alguns destes estudos e suas principais concepções acerca do trabalho da enfermagem neste campo de atuação para que possamos refletir sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas atualmente em saúde mental, no contexto de reforma psiquiátrica.

Vários estudos vêm apontando a necessidade de que a enfermagem apreenda um novo referencial teórico do processo saúde – doença mental, o qual deve estar inserido num campo de conhecimento que reconheça o homem como um ser social em ação, dotado de interesses próprios, que produz relações sociais e assim se produz enquanto sujeito (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO; 2001; SPAGNOL, 2005).

Ao mesmo tempo, muitos estudos também relatam as dificuldades que a enfermagem tem para trabalhar com o novo objeto de trabalho na atenção psicossocial, pois as ações de enfermagem foram historicamente construídas em torno das intervenções médico-psiquiátricas. Para o novo objeto de trabalho – sofrimento mental - há a necessidade de desenvolver novos instrumentos que não mais sejam baseados no uso da contenção, da força, da repressão, do controle e vigilância (SOUZA, 2003; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Ainda sobre o objeto de trabalho dos enfermeiros em saúde mental, temos o estudo de Jorge (2006) que buscou investigar quais as principais concepções dos enfermeiros de um CAPS sobre sua prática. A autora conclui que o paradigma de saúde mental dos profissionais é reducionista, com a perda do valor social do doente; a

reabilitação psicossocial é compreendida de forma restrita e se mostra contraditória, pois ao mesmo tempo em que o enfermeiro reconhece o caráter interdisciplinar com que as ações terapêuticas devem ser elaboradas, muitas vezes os profissionais optam por realizar somente abordagem farmacológica para manter a terapêutica médica.

O trabalho interdisciplinar é outro tema muito presente nos estudos sobre o trabalho da enfermagem em saúde mental. Concomitante às dificuldades em trabalhar com os referenciais da atenção psicossocial, a forma de gestão dos cuidados a partir do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar em saúde mental também foi apontada como um desafio para a enfermagem.

Para Peduzzi (2002), o trabalho interdisciplinar possui uma dimensão técnica, referida às atividades e aos instrumentos necessários para atingir as finalidades dos cuidados. A outra dimensão se refere à ética que se estabelece na forma de relacionamento interpessoal entre as diferentes categorias profissionais e no reconhecimento destas diferenças para o planejamento e execução dos cuidados.

Tem-se, portanto, a necessidade de cooperação, compartilhamento de decisões e responsabilidades e de flexibilidade entre as ações dos diferentes profissionais. Não se nega a autonomia técnica de cada profissional, mas esta autonomia passa a ser tensionada, pois se considera que nenhum profissional domine de forma isolada a integralidade de um projeto assistencial. Por isto, todo profissional de saúde prescinde da complementaridade de ações e atividades planejadas entre a equipe de saúde (PEDUZZI, 2002).

Rocha (2005) relata que desenvolver o trabalho interdisciplinar é uma das maiores dificuldades para a gestão do trabalho da enfermagem nos CAPS. Romper com o trabalho parcelar gerido a partir do trabalho médico e centralizado em atividades burocrático-administrativas é um dos limites que pode inviabilizar o trabalho de enfermagem na atenção psicossocial, seja por assumir funções de outras categorias profissionais ou por não reconhecer seu próprio trabalho dentro de um novo modelo assistencial – psicossocial.

Com o objetivo de analisar o trabalho de enfermagem em dois CAPS de Mato Grosso, o estudo de Rézio (2009) nos mostrou que a falta de identificação com seu próprio trabalho é marcante no trabalho da enfermagem. Há centralidade nas ações administrativas, o que tem como consequência o distanciamento do planejamento assistencial, fato este que outros autores apontam como um processo em que a

enfermagem passa a ter como finalidade a organização do trabalho dos demais profissionais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Estes aspectos destacados dos estudos acerca do trabalho da enfermagem na atenção psicossocial nos fazem refletir sobre como as dificuldades em constituir um novo paradigma em saúde mental pode se traduzir no desenvolvimento do *projeto terapêutico* individual/singular e institucional.

Portanto, compreendemos que analisar como o trabalho da enfermagem está presente nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS no estado pode dimensionar e ampliar sua capacidade de intervenção social num espaço de produção e reprodução de novos e desconhecidos modos de se realizar uma prática orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 5.1 O processo de trabalho nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS

Considerando que os documentos são “factos da sociedade” (SAINT-GEORGES, 1997), as análises do processo de trabalho a partir dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS I e II são relacionadas ao contexto geográfico, territorial, histórico, social e político da realidade mato-grossense.

Para isto, apropriamo-nos no decorrer das análises de outros estudos como o relatório final do PRATICAPS-MT (OLIVEIRA et al., 2008) de forma que nos permitissem relacionar os *projetos terapêuticos institucionais* a partir da realidade concreta de que é parte, ou seja, à especificidade histórica e social do estado de Mato Grosso e à totalidade que os vincula aos fatores econômicos, sociais, políticos e ideológicos.

Apresentaremos inicialmente o total dos *projetos terapêuticos institucionais*, por tipo de CAPS, que compunham o banco de dados documentais que utilizamos nesta pesquisa (QUADRO 01):

**QUADRO 01:** Distribuição dos projetos terapêuticos institucionais, por tipo de CAPS no Estado de Mato Grosso, existentes até o ano de 2005.

	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>Total</b>
Número de CAPS de acordo com a	19	01	03	04	<b>27</b>

especificidade da demanda					
Locais onde não havia projeto terapêutico institucional	06	00	00	00	<b>06</b>
Número total de projeto terapêutico institucional	13	01	03	04	<b>21</b>
Projeto terapêutico institucional de CAPS I e II	12	01	00	00	<b>13</b>

Com o objetivo de analisar os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS tipo I e II, tínhamos a princípio 14 documentos (13 projetos de CAPS I e um de CAPS II). Porém, um dos *projetos terapêuticos institucionais* de CAPS do tipo I era desenvolvido como se fosse para um CAPS AD, não se adequando aos critérios desta pesquisa que foram de analisar somente os projetos terapêuticos de CAPS que ofereciam tratamento para adultos com transtorno mental. Desta forma, selecionamos 13 *projetos terapêuticos institucionais*.

Nestes 13 documentos pesquisamos a ocorrência dos seguintes itens: data de elaboração e revisão do projeto; responsáveis pela elaboração; identificação dos usuários e familiares e sua participação no desenvolvimento dos projetos; objetivos, instrumentos e finalidades do trabalho; justificativa para a criação do CAPS no município; uso de formulários para o atendimento e caracterização do trabalho da enfermagem.

Apresentamos no Quadro 02 (APÊNDICE 03) a presença ou ausência destes principais itens em cada *projeto terapêutico institucional* analisado. Julgamos ser necessária esta identificação em cada documento estudado, pois consideramos que em cada um deles há refletida a situação social e histórica do contexto mato-grossense e os interesses daqueles que participam da sua elaboração. Concordamos com Saint-Georges (1997) ao afirmar que não há neutralidade no que os indivíduos exprimem ou ocultam nos documentos, o que está de acordo com o referencial teórico deste estudo.

Como exemplo disto, podemos observar (QUADRO 02-APÊNDICE 03) que mais da metade dos documentos analisados não apresentavam quem foram os elaboradores dos projetos. Não ter esta informação pode ser uma tentativa de ocultar a

responsabilidade daqueles que os elaboraram, ou mesmo indicar o processo de burocratização no desenvolvimento dos projetos para os CAPS.

Obtivemos como resultados acerca do trabalho da enfermagem presente nos documentos analisados a sua participação na equipe elaboradora de alguns projetos, a descrição do seu trabalho a ser realizado nos CAPS e os formulários utilizados pelos enfermeiros no atendimento aos usuários. Da mesma forma que os outros itens analisados, nem todos os projetos apresentavam estes dados referentes à enfermagem. No Quadro 03 (APÊNDICE 04) é possível identificar a presença e ausência destes dados em cada documento analisado.

Após esta apresentação acerca da composição dos *projetos terapêuticos institucionais* estudados, prosseguimos com as análises do processo de trabalho com vistas a discutir ***de que forma os usuários e familiares se inseriam ou eram inseridos neste processo e de que forma os instrumentos e finalidades deste processo se apresentavam nos projetos dos serviços. Apresentamos ainda o trabalho de enfermagem presente nestes projetos.***

Destacamos os dados iniciais acerca da ausência do *projeto terapêutico institucional* em seis CAPS, e o fato de haver um projeto desenvolvido para um tipo de CAPS que não correspondia à demanda prevista<sup>5</sup>.

Conforme indicamos anteriormente, alguns dados como estes últimos destacados vêm apontando para o processo de burocratização dos *projetos terapêuticos institucionais dos CAPS*. Muitas vezes estes projetos são elaborados para responder ao critério normativo da Portaria GM Nº 245/2005 que passou a exigir este tipo de projeto para o cadastramento dos serviços junto ao MS.

Nesta pesquisa, notamos, por exemplo, que em dois *projetos terapêuticos institucionais* havia o relato de que o CAPS vinha funcionando antes de entrar em vigor esta portaria: CAPS 2 relata funcionar desde 2001 e CAPS 10 desde 1999. Somente em um projeto há o relato de haver feito revisão do documento, ou seja, na maioria dos documentos não há informações da existência de *projetos terapêuticos institucionais* feitos/elaborados antes da exigência legal, mas sim somente após a entrada em vigor da Portaria GM Nº 245/2005 (QUADRO 02).

---

<sup>5</sup> Havia um CAPS cadastrado como do tipo I, mas cujo projeto terapêutico institucional era desenvolvido como para um CAPS tipo AD.

Estes dados se vinculam à especificidade sócio-histórica de criação dos CAPS em Mato Grosso. Parecem indicar que, diferente de outros contextos em que os NAPS ou CAPS foram criados em virtude de um movimento social de crítica ao modelo psiquiátrico, com *projetos terapêuticos institucionais* que se aliavam a esta luta, na nossa realidade tanto os CAPS quanto o “surgimento” dos seus projetos já “nasceram” com tendência a se institucionalizar.

Alguns limites ao potencial instituinte dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS se apresentam à nossa realidade, como veremos ao longo desta pesquisa. Estes limites estão sempre tensionados pelas forças instituintes que, embora “encobertas” pela resistência à transformação das práticas no campo da saúde mental, encontram-se em constante articulação e movimento produzindo “ruídos”. O fato de existir os *projetos terapêuticos institucionais* nos CAPS do estado aponta a presença do movimento instituinte e alguns avanços em direção à transformações que visam recompor as relações e práticas histórico-sociais do homem com a loucura no nosso contexto de estudo.

### **5.1.1 Os usuários e familiares nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS**

O *projeto terapêutico institucional* como um dispositivo de transformação da lógica manicomial tem como objetivo a reprodução social das pessoas, delineando a construção *compartilhada* da vida e “invenção” de saúde (ROTELLI, 2001).

No campo da atenção psicossocial, a relação entre usuários, familiares e trabalhadores deve ser transformada e transformadora, numa relação intercessora que componha um espaço terapêutico de trocas e negociações entre estes três sujeitos envolvidos no processo de trabalho na atenção psicossocial.

A elaboração do *projeto terapêutico institucional* deve, portanto, empreender o conceito de produção de saúde como um processo que é *coconstruído* e *cogerido* entre os sujeitos que atuam no cuidado terapêutico: trabalhadores, usuários e familiares, com a finalidade de desenvolver a responsabilização e vínculo entre eles (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Desta forma, o usuário e familiar dos CAPS não devem ser expectadores do processo de produção de saúde, mas sim o ponto de partida de todas as ações terapêuticas, o que inclui a participação deles na elaboração dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS, tal como na experiência santista:

[...] o ponto de partida era a necessidade dos usuários. Instituíram-se espaços de convivência, recorreu-se à grupalidade, às discussões coletivas de necessidades, conflitos, desejos e reivindicações [...]. [...] A experiência santista, ao iniciar seu projeto de saúde mental a partir do interior de um hospital sob intervenção municipal, rompe com a lógica desse modelo, proporciona a ampliação das experiências e a criação de outras “modelagens”, cujas inovações vêm orientando a remodelação da rede de atenção em saúde mental, o rompimento com a lógica manicomial predominante na organização de serviços e no processo de trabalho, bem como a superação de ações hierarquizadas, com o desenvolvimento de ações tendo a rua como espaço terapêutico [...]. (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p. 289-0).

Observamos nesta pesquisa (QUADRO 02-APÊNDICE 03) que em nenhum *projeto terapêutico institucional* havia o relato da participação de usuários e/ou familiares na elaboração dos mesmos. Dos projetos que expressavam os responsáveis pela sua elaboração (seis), havia somente a menção da equipe de trabalhadores do CAPS ou da gestão a nível municipal como elaboradores do projeto e, mesmo nestes, os trabalhadores e gestores não participavam juntos da sua elaboração.

Consideramos que a ausência de participação dos usuários e familiares na elaboração dos *projetos terapêuticos institucionais* se relaciona ao pouco estímulo para o desenvolvimento de práticas relacionadas ao exercício da cidadania.

Em nenhum dos CAPS de origem dos *projetos terapêuticos institucionais* estudados foram observadas práticas participativas ou coletivas de usuários, como assembleias ou conselho gestor dos serviços (OLIVEIRA et al., 2008). Isto implica diretamente na dimensão do poder instituído, e se reflete na constituição dos *projetos terapêuticos institucionais* e na delimitação de determinadas práticas que podem se efetivar no cotidiano dos serviços.

A hegemonia do poder estadual e municipal instituído em face da precariedade das organizações comunitárias na participação e controle social é um fator que se vincula ao processo histórico da construção da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso, conforme analisado por Oliveira e Conciani (2009).

Estas autoras apontam que a participação e controle social não foram incorporados nos processos decisórios do estado, pois sequer foram demandados neste processo, fato este que se relaciona a pouca ou nenhuma participação e organização dos usuários e familiares tanto para transpor suas necessidades e anseios nos *projetos terapêuticos institucionais* quanto no cotidiano de atendimento dos CAPS.

Evidenciamos, a partir destes dados, que a elaboração dos *projetos terapêuticos institucionais* estudados não teve como uma de suas metas ser um *projeto coconstruído*, elaborado a partir das experiências acumuladas ao longo do trabalho e das trocas entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao contrário, pode-se configurar esta forma de elaboração centralizada nos trabalhadores e gestores como uma tarefa administrativa a ser realizada e não como um *projeto* a ser construído.

Um projeto a ser construído implica *cogestão, corresponsabilização* e processos de troca, negociações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores. Para Merhy (2007c, p. 18), a constituição de um projeto terapêutico reflete os modos de produção de um determinado ato de cuidar, expressando também muitas possibilidades que o projeto pode adquirir e a capacidade dos “atores em cena” produzirem acordos e negociações frente aos diferentes interesses que são colocados.

Todos os *projetos terapêuticos institucionais* deste estudo são provenientes de CAPS do tipo I ou II – destinados ao tratamento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004), porém notamos em vários documentos o estabelecimento de “perfis de usuários” para os serviços.

O primeiro perfil de usuário enfatizado em alguns *projetos terapêuticos institucionais* se refere a um usuário disciplinado<sup>6</sup>:

*[...] que esteja em **conformidade com a proposta terapêutica individual e cumpra as normas estabelecidas** pela equipe técnica; **deseje** o tratamento e participe das atividades de **forma livre e espontânea** (CAPS 7);*

*Se necessário faltar, **justificar a equipe técnica** com antecedência ou de imediato. **Traga atestado médico** (CAPS1, 2, 6, 7);*

*No caso de falta sem justificativa a equipe técnica irá revisar o contrato, podendo **desligar-me do tratamento** (CAPS1, 2, 6, 7, 9,11).*

---

<sup>6</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

O perfil disciplinado do usuário seria assegurado pelas equipes por meio do estabelecimento de “contratos de tratamentos”, ou seja, contratos formais que deveriam ser assinados pelo familiar e usuário para assegurar a obediência do usuário ao tratamento a ser realizado nos CAPS.

A institucionalização deste tipo de contrato era apresentada pelos coordenadores dos CAPS como itens *obrigatórios* nas supervisões técnicas realizadas pelo gestor de saúde estadual. Conclui-se haver uma orientação geral sobre a sua elaboração, o que se evidencia nas recomendações dos relatórios técnicos da SES-MT para que as equipes os elaborassem nos CAPS e os incorporassem de forma sistemática no tratamento dos usuários/familiares (OLIVEIRA et al., 2008).

O estabelecimento de um perfil disciplinado para os usuários evidencia sua captura nos processos administrativos instituídos, o que inviabiliza o desenvolvimento de práticas voltadas à reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental.

O discurso enunciado de que os usuários têm livre participação nas atividades propostas (CAPS 7) se contradiz em dois aspectos. O primeiro aspecto se refere ao fato de que o usuário deve desejar um tratamento que se pauta em normas estabelecidas pelas equipes, portanto sua participação não é livre e nem espontânea. O segundo se refere ao caráter repressivo e autoritário das regras estabelecidas não somente no mesmo projeto como também em alguns outros:

*Respeitar e acatar as regras determinadas pela equipe (CAPS 1, 2, 6, 11);*

*Participar das atividades propostas pelo tratamento, sem exceção (CAPS 1, 6);*

*Comparecer exatamente nos horários pré-estabelecidos (CAPS 11).*

A pedagogia disciplinadora é clara e reforçada por punição relacionada ao tratamento (desligamento, revisão do contrato). A necessidade de apresentar atestado médico nos casos de não comparecimento a alguma atividade agendada no CAPS, por exemplo, é uma punição relacionada à disciplina escolar no intuito de coibir falta às aulas.

Além disto, pode-se ainda questionar o porquê da necessidade de atestado médico se pressupomos haver médico no CAPS. Se o usuário faz tratamento no CAPS e precisa de um profissional que ateste a veracidade de sua ausência por motivo de

doença, não seria o caso deste usuário se dirigir diretamente ao médico do CAPS? Mais que a busca por disciplina, a exigência de atestado médico em quatro *projetos terapêuticos institucionais* estudados indica que estes serviços não se reconhecem como um serviço de assistência à saúde.

Faltar nas atividades realizadas no CAPS é um comportamento que requer cuidado terapêutico, requerendo, também, que a equipe se questione e reavalie o tratamento, busque novas estratégias de vínculo e se responsabilize pelo sujeito em tratamento (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

Consideramos que o cuidado psicossocial “[...] é um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos em jogo” (ROTELLI, 2001, p. 39). Portanto, as regras, exigências e contratos formalizados nos *projetos terapêuticos institucionais* se configuram como uma condição perversa de anulação dos sujeitos em sofrimento mental e inviabilizam a realização de práticas psicossociais (AMARANTE; TORRE, 2001a).

Este processo de anulação do sujeito foi definido por Goffman (2005) como mortificação do “eu do sujeito”, de sua identidade em favor de concessões e adaptações às regras institucionais. Para além de buscar disciplinar os sujeitos, as regras institucionalizadas inibem o desenvolvimento pessoal, o que se opõe à atenção psicossocial que deve estimular o desenvolvimento da cidadania, autonomia e participação dos sujeitos em sofrimento mental.

As dificuldades próprias do manejo clínico psicossocial de situações que, por si, são instáveis e até ambivalentes na condição humana, como o desejo de ficar ou ir embora, ir e não ir, estar e sair, remetem os profissionais a tentar fixá-las por meio de normas administrativas concedidas do poder instituído de gestores e trabalhadores (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

Ainda com relação à delimitação de perfis de usuários, observamos em alguns *projetos terapêuticos institucionais* o estabelecimento de critérios baseados em aspectos clínicos relacionados à doença mental e sua gravidade<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

O CAPS I realiza atendimento à pessoas com **transtorno mental estabilizado**. Após a avaliação interdisciplinar individual do usuário, será discutida pela equipe: **se o mesmo é ou não demanda para o CAPS (CAPS 1)**;;

[...] que tenha no **mínimo suporte familiar ou social; sem retardo mental grave** e considerado que o **quadro psiquiátrico esteja presente** quanto a patologia primária (CAPS 1, 10, 11);

**Psicóticos esquizofrênicos e dependente de substâncias químicas, em grupos diferenciados** (CAPS 6);

[...] usuário **que atende as seguintes patologias**: F00-F09: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; F10-F19: transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa [...] **que apresente um familiar ou responsável para ser orientada** (CAPS 7);

**Dependentes químicos e psicóticos orientados e conscientes** (CAPS 9);

Os aspectos clínicos enfatizados reafirmam as dificuldades de manejo clínico psicossocial e a anulação da complexidade das condições humanas de sofrimento mental em um sujeito. Observamos nestes trechos dos documentos que os usuários, além de ter que possuir o diagnóstico médico da doença mental ou ter um quadro psiquiátrico presente, deveriam ter certas características que permitissem um “fácil” manejo, ou seja, serem “bonzinhos” e se apresentarem no CAPS “estabilizados, orientados e conscientes”. E os que se apresentam em crise, em surto, em delírio? E os rebeldes? Estes não são demanda para o CAPS? Para onde deveriam ir nestes casos?

A seleção de usuários, por qualquer critério, permite deixar sem resposta as questões acima apresentadas e abandonar as pessoas e famílias em sofrimento de forma que os seus problemas se tornem crônicos, o que muitas vezes vai ocasionar a necessidade da internação psiquiátrica. Nestes casos, segundo o estabelecido em alguns *projetos terapêuticos institucionais* analisados, os usuários é que deveriam saber colocar “sua requisição” de forma coerente com o que o serviço se dispõe a oferecer, “[...] isto é, cada problema vem selecionado e assumido com base no critério da coerência e da pertinência aos códigos da prestação do serviço” (ROTELLI, 2001, p. 21).

Em todo caso, há ainda implícita a mensagem de normalização da experiência do sofrimento, pois a disciplina vem em resposta à busca da cura da “alienação mental”, da busca em devolver a razão à mente desorganizada por meio do tratamento pedagógico-disciplinador (AMARANTE; TORRE, 2001a). A seleção clínica vem distinguir aqueles que serão de mais fácil tratamento do ponto de vista médico, de auxílio social e de escuta terapêutica (ROTELLI, 2001).

Vasconcelos (2005) aponta que estas exigências de normalização e ajustamento são utopias tirânicas que tendem a eliminar a diferença entre as pessoas que não correspondem aos ideais de produção, de condições físicas e psíquicas ideais, entre outros. O autor enfatiza que num processo de recuperação, não há como reprimir ou recalcar as diferenças e os limites que são colocados pela experiência do transtorno mental, mas há que se buscarem possibilidades de desenvolvimento de uma vida otimista e participativa em sociedade.

A busca pelo disciplinamento e a seleção dos usuários captura o potencial instituinte dos projetos terapêuticos institucionais analisados, impedindo que estes projetos se caracterizassem como dispositivos que poderiam orientar a transformação das práticas realizadas nos CAPS.

Como um dispositivo, os projetos deveriam estar abertos às diferentes dimensões do sofrimento mental vivenciado pelos usuários, interpretando estas diferenças como um aspecto rico para a negociação e o desenvolvimento das práticas psicossociais. Neste caso, o protagonismo dos usuários poderia evidenciar projetos cuja consistência estaria baseada nas suas necessidades, anseios e possibilidades de reinventar a vida, fazendo emergir processos de autoanálise e autogestão necessários à transformação do modelo manicomial para o psicossocial.

No *projeto terapêutico institucional* dos primeiros NAPS criados, por exemplo, o serviço seria responsável por toda e qualquer demanda de uma região geopolítico-cultural da cidade, atendendo às crises no serviço, em residências, em locais de trabalho ou públicos. Não havia a separação de usuários intra ou extramuros da instituição, ou por patologias, idade, sexo. Assumia-se, portanto, o caráter complexo da “demanda psiquiátrica” que é menos uma demanda clínica e mais uma demanda social (AMARANTE, 1997, p. 171).

Os resultados da pesquisa de avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil também enfatizam que a preservação do direito de ir e vir, o acolhimento, os atendimentos, a circulação de profissionais nos espaços informais de cuidado, as visitas, os passeios e a liberdade do usuário decidir se participa ou não das atividades dos CAPS são aspectos que vão tornar os CAPS em dispositivos flexíveis e de transformação das práticas manicomiais (KANTORSKI et al, 2009).

É neste sentido que o cuidado ofertado pelo trabalhador e pelos gestores de saúde mental deve ser transformado: diferentes dispositivos são colocados em cena para reinserir a complexidade dos problemas com os quais se lida no cotidiano da atenção psicossocial. Deve-se buscar a transformação dos saberes que constituem o sofrimento psíquico como erro, incapacidade, inferioridade e doença mental, e potencializá-lo como um modo diferente de relação com o mundo (AMARANTE; TORRE, 2001a)

Isto se torna possível em contextos nos quais há construção político-social do lugar da diferença e, nestes, o usuário é protagonista crítico do lugar que ocupa nas relações com o outro. Para Amarante e Torre (2001a), este protagonismo é construído coletivamente por meio da reinvenção da cidadania de todos os envolvidos, usuários, familiares e trabalhadores, e se dá no desenvolvimento de ações tais como as associações de usuários/familiares, participação nos fóruns sociais, nos conselhos de saúde, etc.

Concordamos com Oliveira e Alessi (2005b) ao considerar que a inclusão dos usuários e familiares como cidadãos participantes no processo/projeto terapêutico somente é possível à medida que houver correspondência com a percepção dos trabalhadores e gestores como cidadãos neste mesmo processo:

Percebendo-se como sujeitos/cidadãos integrantes de um aparato institucional que representou, na história da civilização ocidental, um importante mecanismo de controle social, os trabalhadores/profissionais de saúde mental podem se perceber também como agentes de mudança, na medida em que não se resignaram ao papel de agentes da opressão e da exclusão. [...]. É portanto, essa consciência das contradições de sua prática, que possibilitaria aos trabalhadores constituírem processos terapêuticos que respeitem a cidadania dos “doentes mentais” (OLIVEIRA; ALESSI, 2005b, p. 202).

No contexto mato-grossense, vimos que este protagonismo necessário para transformar o lugar do paciente, alienado, tutelado e dependente para o do sujeito ativo, político, de direito e participativo, é algo distante da realidade concreta onde se desenvolvem os serviços de saúde mental, pois não há com frequência práticas participativas ou coletivas dos usuários dos serviços de saúde mental (OLIVEIRA et al., 2008). Isto se explicita quando observamos a **forma que os usuários e familiares se inseriam ou eram inseridos nos projetos terapêuticos dos CAPS**.

Em relação aos familiares, observamos que em nenhum *projeto terapêutico institucional* a família foi considerada como alvo de cuidados, mas sim como o suporte do usuário, seu responsável e quem muitas vezes daria e receberia as orientações

por ele. Esta “responsabilidade” do familiar incluía a assinatura do “contrato terapêutico” e a “representação” do usuário em caso de indisciplina (falta) e até mesmo nas atividades desenvolvidas em alguns CAPS:

*Pacientes que não possuam condições de auto-cuidar deverão estar acompanhados por um responsável [...]. Pacientes que se ausentarem na consulta agendada por justa causa poderão ser representados por um responsável no atendimento grupal (CAPS 9);*

*O responsável pelo tratamento assume total compromisso em acompanhar o paciente quando encaminhado para outro serviço médico. O responsável autoriza a saída do paciente para atividades extra-instituição (CAPS 7, 6);*

*[...] o contrato terapêutico deverá ser assinado pelo usuário, familiar [...] (CAPS 3, 12);*

*[...] sem justificativa plausível (do usuário que faltar no CAPS), será o familiar do usuário convocado para esclarecer junto ao Serviço Social. O não atendimento à solicitação do CAPS pelo familiar ou responsável do usuário faltoso implicará no desligamento do mesmo após avaliação da equipe (CAPS 1);*

A disciplina, um dos aspectos que definia o perfil de usuário para o CAPS, também era aplicada aos familiares em alguns projetos:

*Que pelo menos um de meus familiares deve comparecer em atividades agendadas pelos profissionais da equipe, sendo que terão que justificar da mesma forma no caso de falta (CAPS 2, 11);*

*Familiares deverão comparecer as atividades uma vez por semana quinzenalmente às sextas-feiras [...] ou quando solicitados pela equipe técnica. Serão toleradas 2 faltas (CAPS 6, 7);*

*A participação da família no programa é obrigatória, desde o início, sendo assim deverá assumir o compromisso de comparecer ao CAPS nos horários previamente marcados (CAPS 10).*

Retomando historicamente a participação da família no interior dos hospitais psiquiátricos, esta era caracterizada como um recurso terapêutico na medida em que era informante da enfermidade e da trajetória do doente mental: “a mensagem implícita era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais” (ROSA, 2005, p. 206).

Nos *projetos terapêuticos institucionais* analisados, nota-se a manutenção de práticas herdadas da psiquiatria clássica no que se refere à relação com a família, e levanta ainda a questão ética da condição de “informante” sobre o comportamento do usuário, pois em muitos documentos esta seria uma das “funções” do familiar. Para além de

eticamente grave, esta condição do familiar é divergente das estratégias psicossociais de cuidado em saúde mental.

As condições estabelecidas com o familiar por meio de alguns dos *projetos terapêuticos institucionais* estudados se inscrevem num contexto histórico do estado marcado pela pouca participação tanto de usuários quanto de seus familiares. Rosa (2005) relaciona esta condição ao desconhecimento dos direitos, pouca experiência de exercício de cidadania, rejeição ao confronto direto com os trabalhadores e dirigentes dos serviços de saúde, pelo temor das represálias sobre o familiar e pela sua desassistência ao entender a reforma psiquiátrica como equivalente à desospitalização.

Se é necessário retomar as origens da Reforma Psiquiátrica, movimento que deu origem à atenção psicossocial (OLIVEIRA, 2007), as famílias não podem ser reduzidas a um local de “devolução” de seus entes em sofrimento mental e tampouco à constituição de grupos psicoterapêuticos ou a sessões de “orientação” para familiares (GONÇALVES; SENA, 2001; MELMAN, 2001)

As famílias têm que estar acolhidas em seu sofrimento, suas dificuldades e nos momentos de crise, havendo ainda que retirar a ideia de que a família seja o único meio ou responsável para reinserção social do doente mental na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001; MELMAN, 2001), pois tal idealização implica não responsabilização pela produção de projetos que se direcionem à comunidade e à criação de novos espaços de sociabilidade, além de ocultar as questões sociais e econômicas que envolvem a vida dos familiares.

Segundo Gonçalves e Sena (2001) e Kantorski et al (2009), muitas vezes os familiares das pessoas em sofrimento psíquico estão sendo incluídos nos grupos terapêuticos, mas os profissionais de saúde desconhecem suas necessidades e condições. Esta abordagem da família mascara outras das suas necessidades que se dão tanto em termos psicossociais, de saúde e qualidade de vida dos cuidadores quanto em termos materiais.

Para Schrank e Olschowsky (2008), é imprescindível que haja entre a equipe, usuário e família o desenvolvimento do vínculo que visa facilitar a participação e parceria de todos no CAPS. O vínculo cria uma “ligação” que produz o cuidado que melhor se aproxima das necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação mais sensível para a escuta, para a compreensão de pontos de vulnerabilidade e para a

construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto:

Participar, estar próximo, junto, fazer em conjunto se constituem práticas construídas no dia a dia da vivência do sofrimento psíquico. Essa relação, esse vínculo, reverte-se em confiança, em caminhos menos sofridos, menos estigmatizados e mais partilhados para inventar novos modos de atenção em saúde mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 131).

Dos *projetos terapêuticos institucionais* estudados, podemos concluir que reproduziam o modelo psiquiátrico repressivo. Em um dos projetos havia inclusive a apropriação, sem nenhuma crítica, dos mesmos objetivos dos hospitais psiquiátricos (com dificuldades inclusive de redação): disciplina, segurança, controle e vigilância, fuga/prisão e periculosidade do doente mental:

*O CAPS apesar das rotinas e condições de segurança e vigilância para psiquiatria evitará todos os esforços para evitar:*

*a) Evasão (fuga do paciente)*

*b) "Tentativa" ou "ato suicida" do paciente*

*c) Agressões físicas resultando ferimento: entretanto evitará todos os esforços para evitar tais ocorrências..*

*Esta unidade não é pronto atendimento, sendo assim, não atendemos urgências e/ou emergências (CAPS 9)<sup>8</sup>.*

Esta abordagem, criticada até quando utilizada por hospitais psiquiátricos (OLIVEIRA, 1998), nos remete a destacar sua incoerente utilização nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS. Nota-se que havia também ênfase acerca do que o serviço não fazia pelo usuário, o que pode ser observado em outro documento (CAPS 4)<sup>9</sup>:

*Não fornecemos medicamentos psiquiátricos ou outros quaisquer;*

*Não realizamos atendimentos domiciliares como: **consultas, administração de medicamentos, terapia ocupacional;***

*Esta unidade não é pronto-atendimento, sendo assim não atendemos **urgências e/ou emergências** (CAPS 4).*

Estas restrições estão em desacordo com as responsabilidades técnicas que as equipes de saúde mental dos CAPS devem ter, tais como o atendimento domiciliar, à crise e ao fornecimento de medicações (BRASIL, 2004).

Percebe-se um processo de alienação do trabalho realizado, no qual os trabalhadores não reconhecem o serviço onde se inserem: ora o identificam com as

---

<sup>8</sup> Destaques originais do documento.

<sup>9</sup> Destaques originais do documento.

mesmas funções do hospital psiquiátrico (aprisionamento, controle, vigilância), ora a partir de recomendações repressivas e disciplinarizadoras típicas do “tratamento moral” pineliano (normas, disciplina com reforço punitivo) e da pedagogia escolar, ora negam direitos adquiridos formalmente pelo SUS (medicamentos e visitas domiciliares).

Há certa padronização desses documentos, muitas cópias e semelhanças, evidenciando seu enquadramento nos processos assistenciais e de gestão nos serviços e o “adoecimento” no sentido da alienação de todos os sujeitos envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores. Sendo os *projetos terapêuticos institucionais* definidos de forma externa aos sujeitos envolvidos, os resultados serão a não responsabilização por parte de todos eles (OLIVEIRA-NUNES, 2008), o que, certamente, não contribui para a autonomia e resgate da cidadania de usuários, trabalhadores e gestores.

Amorim e Dimenstein (2009, p. 199) apontam que os limites de tempo e espaço de participação que são estabelecidos no CAPS por meio do “[...] exercício dos saberes e poderes que nele circulam [...] têm funcionado de modo a deixar os usuários e familiares dependentes da instituição, criando nova forma de cronicidade nos CAPS”.

Tratados homogeneamente e submetidos às regras institucionais, os usuários e familiares não têm nenhuma participação na construção do projeto terapêutico, sendo o vínculo decorrente desta relação fraco ou inexistente e o planejamento formal, prescritivo e disciplinador.

Da forma como foram estabelecidos os *projetos terapêuticos institucionais* até aqui analisados, tem-se a formatação e repetição de tarefas a serem realizadas pelos usuários, cujo rigor técnico e a norma se colocam acima da pessoa que requer a assistência, inviabilizando sua participação e a construção compartilhada da atenção psicossocial:

Acomodar-se nas rotinas, repetindo tarefas, pode redundar no que se vê com os pacientes que permanecem dias, semanas, meses ou anos sentados no mesmo sofá, vendo o mesmo programa de televisão, convidados a comparecer ao grupo com a psicóloga (os “resistentes” não vão), às vezes indo à mesma oficina de reciclagem de materiais... Acomodar-se nas rotinas, repetindo tarefas, pode ser a manutenção dos mesmos e únicos procedimentos de avaliação clínica médico-centrados, a prescrição farmacológica contendo e definindo o espaço de tratamento, as ações dos outros profissionais permanecendo periféricas (SANDUVETTE, 2007, p. 87).

A construção de um *projeto terapêutico institucional*, ao contrário, implica planejar e realizar um projeto fundamentado na crítica teórico-conceitual do aparato manicomial, cujas ações propostas ensejam reflexão sobre o que será realizado. Neste processo, há certa “[...] autonomia do trabalhador, o qual, embora permaneça vendendo força de trabalho, ainda assim pode responsabilizar-se, porque precisam ser buscadas e sustentadas as respostas aos problemas que se colocam [...]” (SANDUVETTE, 2007, p. 87).

Porém, podemos afirmar que “as respostas aos problemas” dos usuários e familiares não foram colocadas na realidade das instâncias de participação e controle social em Mato Grosso, conforme discutidas anteriormente. Mas há também que se destacar algumas peculiaridades que se apresentam em relação direta com a análise da participação dos usuários e familiares na elaboração destes *projetos terapêuticos institucionais*.

A expansão numérica de serviços CAPS no estado, ao contrário de outras regiões brasileiras, não foi fruto de crítica sociocultural e técnica ao modelo asilar da assistência psiquiátrica, mas sim decorrente de diretriz política-administrativa-financeira percebida como externa à realidade e às práticas das instituições psiquiátricas locais (OLIVEIRA, 2007).

Impulsionada pelas diretrizes das políticas ministeriais e estaduais<sup>10</sup>, não houve concomitante a expansão de CAPS um processo de ampla participação da sociedade ou mesmo dos usuários e familiares com transtornos mentais no Estado de Mato Grosso (OLIVEIRA; CONCIANI, 2009), o que condiciona e abre possibilidades de estabelecerem *projetos terapêuticos institucionais* onde o usuário e familiares não são o centro do qual demandam as ações terapêuticas.

Ao observarmos as características dos municípios onde estavam localizados os CAPS cujos *projetos terapêuticos* são analisados, contata-se que há uma grande variação entre o número de habitantes: de 18.428 a 526.830. A maioria dos municípios foram criados recentemente e vivenciam um processo de urbanização também recente e em decorrência do processo migratório (OLIVEIRA et al., 2008).

Associado às grandes distâncias e distribuição populacional desigual entre os municípios, as rodovias que os ligam são precárias, há poucas possibilidades de deslocamento aéreo, o que se agrava em alguns locais quando se constata as dificuldades ou mesmo a ausência de meios de comunicação. Há ainda que se apontar o

---

<sup>10</sup> Resolução CIB nº 009/2001 e 001/2007. Portaria nº 047/SES/GS/2008.

processo de ocupação agropecuária, infra-estrutura precária e as questões ambientais como o desmatamento. São aspectos implicados no desenvolvimento das ações em saúde mental e se relacionam diretamente com a constituição dos CAPS e dos *projetos terapêuticos institucionais* deles (OLIVEIRA et al., 2008).

A partir do contexto apresentado, pode-se relacionar a dificuldade presente nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS destes municípios em compreender um novo objeto de trabalho em saúde mental, pois para que a doença mental ceda lugar ao sujeito em sofrimento, e componha o objeto das práticas da atenção psicossocial, são necessárias condições de organização social e de cidadania que estão distantes da realidade mato-grossense (OLIVEIRA; ALESSI, 2005b).

Fatores como os intensos processos migratórios, a recente criação dos municípios, as poucas e precárias condições de acesso e infra-estrutura e de mecanismos de participação e controle social na maioria deles se correlacionam com a configuração dos perfis de usuários nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS. Correlacionam também com o fato de as equipes selecionarem e estabelecerem critérios para tratamento, demonstrando assim o despreparo em atender à complexidade das demandas sociais, familiares, econômicas e outras que se têm quando o trabalho visa cuidar e se responsabilizar pela pessoa em sofrimento psíquico.

Estas equipes de CAPS que estão nos municípios criados recentemente, distantes e até isolados por dificuldade de acesso e comunicação, enfrentam também diversos limites como a ausência de algumas categorias profissionais, estrutura física inadequada, carência de políticas públicas que invistam em atividades ligadas à cultura, ao lazer e cidadania (OLIVEIRA et al., 2008), todas imprescindíveis ao desenvolvimento da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Neste contexto de incipiente organização social, de insegurança profissional e de precariedade de formação das equipes, o risco que se corre é o de medicalização do sofrimento mental (OLIVEIRA et al., 2008) e de reprodução nos “novos” serviços de saúde mental de práticas baseadas no modelo manicomial.

A captura dos usuários, familiares e trabalhadores evidenciada nos *projetos terapêuticos institucionais* se assemelha ao processo que ocorre nas organizações quando os objetivos explícitos para os quais foram criadas ficam em segundo plano, perpetuando a organização enquanto tal e tornando-se ela mesma antiterapêutica: “[...] os

meios se transformam em fins, e [...] se deixa de lado o fato de haver recorrido a determinados meios para atingir objetivos e fins determinados” (BLEGER, 1991, p. 68).

### **5.1.2: Instrumentos e finalidades do trabalho nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS.**

Rotelli (2001) aponta que, quando as regras de funcionamento são priorizadas no serviço, ocorre o empobrecimento das possibilidades de *trocias sociais e terapêuticas*, sendo estas últimas consideradas essenciais ao processo da desinstitucionalização. Para este autor, faz-se necessário, inicialmente, o restabelecimento do indivíduo em sofrimento mental com seu corpo, com seus objetos pessoais e a reconstrução dos seus direitos e da sua capacidade de fala, produzindo relações e espaços que “liberem” os sentimentos e eliminem a coação e tutela.

As finalidades do trabalho na atenção psicossocial se caracterizam, portanto, pela reconstituição das pessoas como sujeitos (ROTELLI, 2001), ponto do qual decorrem ações que devem estimular o desenvolvimento de autonomia, de vínculo, de corresponsabilidades pelo tratamento e pela qualidade de vida no cotidiano social e familiar das pessoas em sofrimento mental.

Para que estas ações se dêem de fato, obviamente que envolvidas em muitas tentativas, erros e acertos (ROTELLI, 2001), é necessário favorecer nos *projetos terapêuticos institucionais* certa flexibilidade que substitua os saberes instituídos e que *não* tenha como finalidades o controle e as prescrições de ações à revelia dos sujeitos em sofrimento mental (RUBIAO; CUNHA, 2008).

Rubião e Cunha (2008) assinalam que não se trata de uma instituição “sem regras”, mas uma atitude permanente de crítica que possibilite que regras organizacionais não venham obstruir as finalidades do trabalho em saúde mental que são a “invenção” da subjetividade e restauração dos laços sociais e familiares.

Considerando a reciprocidade e articulação entre todos os elementos do processo de trabalho, a utilização de determinados instrumentos para o trabalho em saúde mental pressupõe finalidades que apresentem a capacidade de síntese dos objetivos propostos na atenção psicossocial.

Desta forma, consideramos que os principais instrumentos de trabalho, particularmente nos CAPS, referem-se ao desenvolvimento do *projeto institucional* do serviço que contemple estratégias de acolhimento dos usuários e familiares, articulação entre o serviço e o território e o desenvolvimento do projeto terapêutico individual/singular e do técnico de referência.

Em alguns dos *projetos terapêuticos institucionais* analisados, observamos que havia a descrição genérica de finalidades do trabalho nos CAPS que se aproximavam do trabalho na atenção psicossocial:

*Atendimento especializado em serviço aberto (CAPS 1, 3, 4, 11,12);*

*Oferecer acolhimento e tratamento no momento da crise (CAPS 1, 11, 12;)*

*Ser um local de transformação, onde o exercício da escolha e da solidariedade é estimulada, onde se valoriza a participação, a mobilização e intervenções no próprio dia a dia. Ser um lugar coletivo que se constrói para fazer caber e circular a diferença para acolher a diversidade (CAPS 10).*

Porém, na maioria dos *projetos terapêuticos institucionais* analisados, até mesmo naqueles em que havia finalidades semelhantes aos pressupostos da atenção psicossocial, as finalidades do trabalho nos CAPS eram relacionadas à readaptação e reeducação dos usuários, sua aderência ao tratamento, mudança de comportamento, estabilização da doença, e à prevenção e “profilaxia” da doença mental na comunidade, como se nota nos fragmentos abaixo<sup>11</sup>:

*A recuperação visa primeiramente os aspectos **reeducativos** e de alto conhecimento no sentido da pessoa **reorganizar-se** assumindo compromissos, **normas e horários da comunidade** na sua recuperação física, social, psicológica e espiritual. Além de **internalizar limites**, aumentando sua **capacidade laborativa**, o **respeito da família** (CAPS 12);;*

*[...] ofertar assistência biopsicossocial através de equipe multidisciplinar objetivando sua **readaptação ao convívio familiar**; acolher o egresso de internações psiquiátricas **objetivando sua readaptação familiar** (CAPS 6, 13);*

---

<sup>11</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

Aumentar a **aderência** do usuário e **modificar o comportamento** do usuário [...] (CAPS 11);

Oferecer assistência e espaço de acolhimento a pacientes crônicos que não conseguem alcançar **uma estabilização interna** (CAPS 3, 9);

Instrumentalizar, conscientizar o usuário da importância da **farmacologia** no processo de **estabilização da doença** (CAPS 10 e 11);

Desenvolver atividades de **profilaxia** (CAPS 3, 6);

**Atuar preventivamente** na comunidade e **amenizar** egressos com internação desnecessárias em hospitais psiquiátricos (CAPS 9);

**Prevenir hospitalismo** [...] (CAPS 2, 3, 5, 7).

Observa-se que as finalidades expressas na maioria dos *projetos terapêuticos institucionais* se remetem ao tratamento moral instituído nas bases da psiquiatria clássica – **reeducativos, normas e horários, internalizar limites, respeito** – cuja ordem e disciplina eram os objetivos pelos quais a mente alienada poderia ser curada (AMARANTE, 2007).

Há que se destacar ainda a questão da **prevenção e profilaxia** como finalidades do trabalho, pois estão ligados ao modelo da Psiquiatria Preventiva que carrega a ideologia de que a *doença mental* pode ser prevenida e erradicada por meio da identificação de pessoas que podem apresentar desordens mentais, ou seja, um desvio ou não adaptação às normas socialmente consideradas normais (AMARANTE, 2007), de onde decorrem os termos que caracterizam as principais finalidades do trabalho nos *projetos terapêuticos institucionais* analisados: **readaptação, modificação do comportamento, estabilização e amenizar**.

Estas finalidades apresentadas implicam em um processo que acaba por induzir comportamentos considerados patológicos ou pré-patológicos na sociedade (AMARANTE, 2007) e que reforçam estigmas e preconceitos em relação às pessoas que tenham alguma forma de comportamento diverso do que é considerado socialmente normal. Amarante (2009a) cita, por exemplo, as pesquisas epidemiológicas cuja própria investigação propicia práticas “patologizantes”, tais como a altíssima medicalização da vida e comportamento de crianças e adolescentes que têm sido alvo das estratégias da indústria farmacêutica para promover o maior consumo de medicamentos nesta faixa etária.

Seguindo esta lógica de trabalho disciplinador, profilático ou preventivo, o CAPS acaba por se tornar o “captador e encaminhador” de pessoas para os hospitais

psiquiátricos, o que Rotelli (2001) denomina de *funcionamento em circuito*, ou seja, os serviços da comunidade e os hospitais psiquiátricos se complementam e se alimentam reciprocamente, tornando a internação psiquiátrica necessária e recorrente.

Os aspectos analisados em relação às finalidades do trabalho nos *projetos terapêuticos institucionais* indicam as dificuldades dos trabalhadores e gestores no reconhecimento do que vem a ser as finalidades do trabalho na atenção psicossocial, fato que alguns autores apontam ser decorrente mais da ausência de suporte teórico e prático qualificado do que uma opção sedimentada destes trabalhadores (JARDIM; CARTANA; KANTORSKI; QUEVEDO, 2009).

Acrescentamos que a ausência de suporte teórico-prático, como uma das dificuldades do trabalho em saúde mental, vem associada diretamente à ausência de participação política e cultural. No contexto deste estudo, Oliveira et al. (2008) aponta, por exemplo, que dos 18 gestores municipais que participaram do PRATICAPS-MT, nove não eram profissionais da saúde e que havia falta de médicos psiquiatras e escassez de enfermeiros com formação em saúde mental trabalhando nos CAPS. A maior parte dos profissionais dos CAPS era migrante, o que implica nas mesmas condições de participação política dos usuários dos serviços, pois:

[...] o mesmo processo de desterritorialização vivenciado pelos usuários dos CAPS e que afeta a saúde mental deles, incide sobre esses profissionais que também vivem numa comunidade recém-criada, sem laços familiares e comunitários entre os moradores [...] (OLIVEIRA et al., 2008, p. 117).

Além disto, a maioria dos profissionais que se deslocavam para trabalhar nos CAPS em municípios distantes têm vínculo temporário de trabalho, e baixa remuneração salarial (OLIVEIRA et al., 2008). Isto implica diretamente na dimensão do *projeto terapêutico institucional* dos serviços, pois condições básicas como o vínculo e responsabilização pelo tratamento em saúde estão associadas a condições de trabalho que assegurem uma equipe que perdure no CAPS, fator que se mostra frágil na realidade estudada.

Estas dificuldades ocasionam não somente equipes reduzidas pela falta de profissionais – principalmente médicos e enfermeiros – como também arranjos de gestão que visam garantir o funcionamento do CAPS mesmo sem a equipe mínima e sem possibilidades de realizar a atenção psicossocial. Tem-se com isto carga horária efetiva de trabalho diferenciada entre os profissionais, principalmente aqueles de nível superior que,

apesar de serem contratados com carga horária semanal de 40 horas, nem sempre estão presentes em tempo integral (OLIVEIRA et al., 2006).

Os resultados da pesquisa de avaliação dos CAPS da região Sul nos mostram que a carga horária efetivamente cumprida no serviço também era reduzida devido os profissionais terem acúmulo de empregos, diferentes vínculos empregatícios e de remuneração salarial (KANTORSKI et al, 2009).

Em relação aos instrumentos de trabalho, apresentamos primeiramente a utilização do **acolhimento** nos *projetos terapêuticos institucionais*. Observamos que havia diferentes abordagens e conceitos em relação ao acolhimento no CAPS, sendo identificado de diversas formas: semelhante à recepção ou à triagem dos usuários, ou como uma etapa anterior ou ainda posterior à triagem dos usuários.

No acolhimento/recepção ou acolhimento/triagem deveriam ser realizados os seguintes procedimentos<sup>12</sup>:

*[...] preenchimento de uma **ficha** (CAPS 2, 9);*

*[...] esclarecimento da função do local, esclarecimento do processo de triagem, **levantamento de dados de identificação do usuário** (CAPS 2, 8, 10).*

Em relação ao preenchimento de ficha e levantamento de dados do usuário, tínhamos o formulário específico de acolhimento em cinco dos 13 *projetos terapêuticos institucionais* (CAPS 3, 6, 7, 9, 10). Dois destes formulários (CAPS 3, 6) se compunham somente de dados de identificação do usuário (nome, idade, sexo, endereço, estado civil e nomes dos pais e responsável pelo usuário); três (CAPS 7, 9, 10) possuíam além dos dados de identificação, dados relativos a antecedentes familiares, tratamentos anteriores e uso de medicações, sendo que em um (CAPS 10) havia ainda a busca de dados relativos à passagem judicial.

As análises destes documentos nos mostram que o que era denominado de acolhimento nos projetos terapêuticos se remetia a mais um processo burocrático pelo qual o usuário e/ou familiar teria o primeiro acesso ao CAPS, e ainda coloca em evidência aspectos seletivos e tendenciosos tais como a busca de antecedentes familiares (teoria da hereditariedade da doença mental) ou judiciais que apontam uma ideologia social e criminalização do doente mental (JARDIM; CARTANA; KANTORSKI; QUEVEDO, 2009).

---

<sup>12</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

Nestes casos, não podemos afirmar que havia uma estratégia de acolhimento nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS estudados, pois entendemos que acolher a pessoa em sofrimento mental implica responsabilização, intervenção e humanização do atendimento por meio de uma escuta que possibilite ao usuário/familiar colocar em cena os seus problemas, “dar voz ao seu sofrimento”. E isto não se dá num momento ou no preenchimento de uma ficha, mas num processo permanente que se inicia na recepção do serviço e atravessa todo o processo de tratamento (ZAPPELLINI; OLIVEIRA, 2008).

Quando o processo de acolhimento é capturado por mecanismos burocráticos ocorre a perda da noção do conjunto do processo de produção de saúde, a fragmentação e alienação das relações humanas entre usuários, familiares e profissionais de saúde. Porém, quando o acolhimento é tomado como dispositivo para reorganização do processo de trabalho em saúde mental, ele deve contribuir para o rompimento da medicalização do adoecimento psíquico e para a implicação do usuário, familiar e profissional na responsabilização pela construção do *projeto terapêutico* de tratamento (ZAPPELLINI; OLIVEIRA, 2008).

Assim, o acolhimento deve ser tomado como uma tecnologia leve que se articula ao estabelecimento do vínculo, ou seja, uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos que subvertam a ordem e a norma abrindo linhas de fuga para que o trabalho vivo se realize com maior liberdade e criatividade (FRANCO, 2006). Isto facilita a construção compartilhada da autonomia, o que é uma conquista ao longo do tratamento e não um acontecimento imediato (COELHO; JORGE, 2009).

Wetzel, Kantorski e Souza (2008), ao descreverem o funcionamento e organização de um CAPS do município de Pelotas/RS, relatam que a recepção tem papel estratégico na organização do cuidado, pois a abertura e receptividade do profissional podem ser determinantes do nível de abertura do próprio serviço. Porém, para as autoras, o acolhimento não se resume na facilidade de acesso, ainda que isto seja essencial para que o acolhimento se inicie, mas sim no atendimento às necessidades que emergiam no dia-a-dia das relações entre usuários, familiares e trabalhadores.

É nesta construção de relações acolhedoras e de vínculos que se desenvolve o projeto terapêutico singular/individual, que se “desenha” o futuro das pessoas

assistidas a partir das escolhas e mudanças desejáveis no cotidiano (SANDUVETTE, 2007). Isto implica num trabalho interdisciplinar onde os trabalhadores lancem mão de toda uma tecnologia assistencial voltada para a escuta e desenvolvimento de ações que ampliem a autonomia das pessoas em sofrimento mental.

Porém, muitas vezes o atendimento é feito como uma rotina de procedimentos que seguem padrões de forma “mecânica”, sem reflexão sobre a escuta do usuário para que ele seja atendido em suas necessidades, a qual muitas vezes é apenas a de ser ouvido (COELHO; JORGE, 2009). Este tipo de atendimento se insere no modo capitalista de produção, com desenvolvimento de projetos que se baseiam em ações individuais, fragmentárias e que se unifica por somação (MERHY, 2007b).

Outro instrumento de trabalho analisado nos *projetos terapêuticos institucionais* se refere ao **projeto terapêutico individual/singular**. Somente em cinco documentos encontramos o relato sobre ele, sendo que dois documentos (CAPS 8, 10) eram cópia entre eles ou do manual do CAPS fornecido pelo MS<sup>13</sup>:

*O atendimento [...] onde se constituirá conjuntamente o projeto terapêutico [...] e modalidades de tratamento (CAPS 3);*

*Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidados clínicos e personalizado. [...] O **usuário** passará por uma avaliação do terapeuta ocupacional, da psicóloga, da assistente social, da enfermeira e **se corresponder ao perfil de usuário** de CAPS passará pela avaliação médica. O **profissional que realizará a acolhida inicial avaliará em conjunto com a equipe os procedimentos a serem priorizados**. Após avaliação inicial, a equipe realizará reunião para “discussão de caso” e, ao final, **terá uma proposta de tratamento que será apresentada ao paciente [...]** (CAPS 4);*

*No projeto terapêutico individual contém uma **síntese do que será indicado pela equipe ao usuário**. Posteriormente, as ações indicadas serão **definidas** juntamente com o usuário/família e equipe. Consta no projeto: a medicação prescrita, as atividades programadas de forma específica (oficinas terapêuticas, atividades sócio-culturais, atendimento familiar, consultas clínicas, psicoterapias, terapia ocupacional), **definição** de horários, **termo de contratualidade** e demais acordos necessários (CAPS 8, 10);*

*O P.T.I (projeto terapêutico individual) é a **síntese do que será oferecido** pelo compromisso dos **diversos saberes**, contém a medicação prescrita, as atividades acordadas com os usuários, consiste em **definir**: dias, horários de atendimento em grupo e individual, **contrato terapêutico** e acordos necessários (CAPS11).*

---

<sup>13</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

Observamos no CAPS 3 uma menção vazia de conteúdo acerca do projeto terapêutico individual/singular, que não faz referência a sua potencialidade no processo de tratamento dos usuários e familiares.

No CAPS 4 se evidenciam as ações profissionais individuais e fragmentárias do trabalho nas quais o usuário *vai passando* de profissional em profissional para ver se corresponde ao “perfil” do serviço, ou seja, “[...] o serviço reproduz uma lógica empresarial ao selecionar os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer “não é problema nosso” (ROTELLI, 2001, p. 22).

No caso da necessidade de corresponder ao perfil do CAPS (CAPS 4) , após ser selecionado pela triagem de outros profissionais, o usuário *passará* pela avaliação de um médico. A consequência disto pode ser o funcionamento do CAPS segundo uma lógica ambulatorial de consultas, e não de transformação da instituição psiquiátrica. A cada passagem por um profissional, há ainda diferentes formulários de avaliação: formulário do médico, do enfermeiro, da assistente social, do psicólogo e do terapeuta ocupacional, não havendo um formulário que fosse de uso comum entre os profissionais.

Consideramos que a existência de formulários de avaliação diferenciados por especialidade profissional, como observado em todos os *projetos terapêuticos institucionais* estudados (QUADRO 2-APÊNDICE 03), inviabiliza a construção de um projeto terapêutico coletivo, pois além de fragmentar as ações muitas vezes o usuário fica submetido a avaliações repetitivas e mecânicas, respondendo às mesmas perguntas cada vez que *passa* por um profissional diferente.

Em relação à necessidade apontada de que o usuário tem que *passar* pelo médico se corresponder ao perfil do serviço, poderíamos destacar o poder e centralidade do trabalho do médico do qual derivam as ações dos outros profissionais de saúde, mas este processo não se resume somente a isto se considerarmos a realidade do Estado de Mato Grosso.

Como mostramos anteriormente, o estado dispõe de poucos profissionais com formação para o trabalho em saúde mental, e dentre estes há poucos psiquiatras. Considerando a distância e precariedade das condições de trabalho em alguns municípios, a presença deste profissional no CAPS fica limitada a condições pouco favoráveis à sua permanência no serviço.

Ao mesmo tempo em que o médico muitas vezes é o profissional que menos está presente nos CAPS (OLIVEIRA, 2007), é ele quem vai garantir o financiamento do serviço, o que é um grande desafio no cenário da Reforma Psiquiátrica e afeta sua sustentabilidade (DIMENSTAIN; LIBERATO, 2009).

Isto ocorre porque o médico é o profissional responsável pela assinatura do documento que garante o financiamento dos CAPS, a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). Porém, no contexto deste estudo, o médico permanece pouco tempo no serviço, o que requer a triagem e seleção dos usuários feita por outros profissionais como o terapeuta ocupacional, a psicóloga, a assistente social e a enfermeira.

Alguns *projetos terapêuticos institucionais* analisados demonstram a pouca presença de médicos em tempo integral de funcionamento, como por exemplo, no CAPS 7 onde a carga horária semanal destes profissionais era de 10 horas e de 20 horas nos CAPS 10 e 13 .

Nos outros dois *projetos terapêuticos institucionais* (CAPS 8, 10), observamos que as ações do projeto terapêutico individual/singular são prerrogativas da equipe, **definidas** e não planejadas em conjunto com o usuário, familiar e trabalhadores. Se relembrarmos as características apresentadas nos contratos terapêuticos que são apresentados como itens obrigatórios a serem “acordados” após a **definição** da equipe (normas, regras, punição, coerção), podemos afirmar que as regras instituídas não permitiriam o desenvolvimento das finalidades do trabalho psicossocial por meio dos projetos individuais/singulares.

Já no CAPS 11, as ações do projeto terapêutico individual/singular seriam oferecidas e negociadas com os usuários, o que se aproxima da perspectiva da Clínica Ampliada ao buscar a transformação das relações de trabalho de forma a garantir a construção de um projeto coletivo que seja como um “diálogo” entre usuários, familiares e trabalhadores (CARVALHO; CUNHA, 2006). Porém, havia indício neste documento de que a medicação prescrita não compunha um dos fatores a serem negociados.

É frente a estas análises que podemos pensar ainda em que medida a captura da atenção psicossocial por processos de gestão administrativa e política do trabalho se reflete na configuração dos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS. Como já afirmamos anteriormente, a pouca qualidade na busca pelo rompimento com práticas herdadas da psiquiatria clássica nos documentos analisados indica a falta de suporte e

atuação política para desenvolver um planejamento que, por natureza, teria que expressar conceitos e propostas que não fazem parte da realidade histórica, social e política do Estado de Mato Grosso.

Neste sentido, nota-se a ausência em todos os *projetos terapêuticos institucionais* estudados da utilização de um meio fundamental para o trabalho na atenção psicossocial: o **técnico de referência**. Excetuando o projeto do CAPS 11 em que se lê: “O projeto será monitorado pelo técnico de referência, um sonho a ser conquistado”.

Na lógica ambulatorial, autoritária e de seleção que compunham o planejamento das ações a serem realizadas nos documentos estudados não poderia realmente haver o técnico de referência, pois esta tecnologia é contrária no tocante à seleção de usuários, ações fragmentadas e isoladas, prerrogativas autoritárias de controle do tratamento, centralidade do trabalho médico, formas de financiamento do serviço baseadas em APAC, entre outras (FURTADO, 2001).

O estudo de Olschowsky et al (2009) que avaliou um CAPS na região Sul nos mostra que o técnico de referência nem sempre está definido no CAPS, sendo associado muitas vezes ao profissional responsável pelo atendimento nos grupos, não havendo assim clareza para os usuários de quem seria o seu técnico de referência.

A principal mudança que se opera a partir do técnico de referência, e que o torna na nossa realidade “um sonho a ser conquistado”, refere-se à implicação dos trabalhadores, gestores, usuários e familiares no desenvolvimento de um projeto que busque a horizontalidade das ações deslocando o poder das profissões e corporações de especialistas e reforçando o poder dos usuários, familiares e da gestão da equipe interdisciplinar (FURTADO; MIRANDA, 2006), visando a autogestão e autoanálise no processo de produção da saúde mental.

A construção do projeto terapêutico individual/singular e sua gestão deve se basear na interação entre os usuários e os profissionais de referência, e nas interlocuções destes últimos entre si e com outros grupos como família, serviços de saúde em geral, setores culturais e sócio-educacionais, entre outros. Como um dispositivo, a meta é garantir a continuidade e responsabilização do tratamento no plano subjetivo, social, familiar, laboral, dentre outros, e sempre articulado pelos profissionais de referência, evitando-se a perda do usuário pelos “encaminhamentos” (FURTADO; MIRANDA, 2006).

A importância de não “perder o usuário” se relaciona também com a estratégia de desenvolver ações articuladas com o **território**, um instrumento para o trabalho em saúde mental fundamental na busca pela manutenção do usuário na comunidade e pela transformação do imaginário social da periculosidade do louco (AMARANTE, 1997).

Assim, num *projeto terapêutico institucional* deve haver ações que considerem o território não como um espaço geográfico, mas como um espaço onde se desenvolvem relações com os vários recursos da comunidade, tais como associações civis, times de futebol, entidades comerciais, cooperativas, ambulatórios, hospitais, equipes de saúde da família, ministério público, escolas, ou seja, “[...] alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial [...]” (AMARANTE, 2007, p. 85).

Desta forma, quanto mais o CAPS tender a “sair do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos” (AMARANTE, 2007, p. 86), mais o serviço pode ser considerado de base territorial.

Buscamos analisar nos *projetos terapêuticos institucionais* estudados quais eram as estratégias que articulavam a criação dos serviços com o território, ou seja, as justificativas para a criação dos serviços. Observamos que em sete dos treze documentos analisados (CAPS 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10) havia o item justificativa.

Nos CAPS 1, 3 e 5, a justificativa da criação do serviço era apresentada a partir de cópias das leis e portarias referentes à política de saúde mental nos níveis federal e estadual<sup>14</sup>.

Nos CAPS 5, 6 e 7 a justificativa dada não tinha nenhuma relação com o termo “justificativa”, pois neste item era apresentado somente uma definição do que era o serviço e para que tipo de usuário ele se destinava.

Em um único documento (CAPS 3) notamos alguns aspectos que articulavam a criação do CAPS com os aspectos demográficos e socioeconômicos do município:

---

<sup>14</sup> Lei n. 10216 de 06 de abril de 2001; Portaria GM/MS n. 189 de 20 de março de 2002; Portaria GM/MS n. 336 de 19 de janeiro de 2002; Portaria SAS/MS n. 189 de 20 de março de 2003; Resolução CIB/MT n. 009 de 2001; Resolução CIB/MT n. 026 de 25 de julho de 2003;

*O município [...] conta hoje com uma taxa de crescimento anual de 4,5% [...]. Este crescimento populacional tem como consequência o agravamento das questões sociais enfrentadas pela sociedade brasileira como: **desemprego, violência e os graves problemas relacionados à dependência química.** [...]. Nos períodos considerados de entressafra, há um grande contingente de trabalhadores que vem para o centro urbano e não conseguem ocupação no mercado de trabalho. Este fator sócio-econômico faz aumentar a **incidência do uso abusivo de bebidas alcoólicas (CAPS 3)**<sup>15</sup>.*

Os aspectos apontados fazem referência aos problemas decorrentes do uso de drogas ilícitas e lícitas, o que poderia justificar a necessidade de um CAPS AD no território, tendo em vista que a criação dos serviços é condicionada por legislação que especifica o tipo de demanda por tipo de CAPS a ser financiado.

Em outro *projeto terapêutico institucional (CAPS 7)* a justificava se dava a partir da necessidade de regionalização do atendimento em saúde mental no município:

*A consolidação do serviço [...] é um investimento que se justifica principalmente pela necessidade assistencial quanto àqueles/as egressos de internação hospitalar [...]. [...]. Regionalizando o atendimento, o CAPS [...] também evita que o/a portador/a de sofrimento psíquico seja atendido/a a quilômetros de distancia de sua realidade social [...] (CAPS 7).*

Neste caso, a busca por regionalização do CAPS no município em questão levava em consideração o fato de que o único setor de atendimento especializado (hospitalar e ambulatorial/emergencial) para os casos de sofrimento psíquico estava, até então, localizado no hospital psiquiátrico localizado na capital do estado – Cuiabá (ATAIDE, 2008). Esta distância entre a capital do estado e alguns municípios onde se localizam os CAPS cujos *projetos terapêuticos institucionais* foram analisados nesta pesquisa chega, por exemplo, a ser maior que 600km.

A regionalização é umas das estratégias que compõem a proposta de mudança de modelo assistencial em saúde mental e, nesta transformação, o CAPS passa a fazer parte de uma rede de atendimento psicossocial cuja existência se justifica pelo desejo e empenho de substituir, com vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatorio (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008).

Nesse sentido, trabalhadores de saúde, comunidade, usuários e familiares devem estar envolvidos na busca pela construção de um ambiente e condições que favoreçam o desenvolvimento do cuidado psicossocial no território. Assim, o território se

---

<sup>15</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

torna o espaço vivo que abre novos e diversos caminhos possíveis para a implementação deste cuidado que, quanto mais direcionado ao próprio território, mais estará ligado às questões psicossociais (AMARANTE, 2007).

Para Quintas e Amarante (2008), a incorporação do território em relação ao alcance das ações almejadas indica a assimilação de mudanças concretas no interior dos serviços de saúde mental, pois todas as intervenções devem estar sempre em movimento entre o interior e o exterior dos serviços.

Nos documentos estudados, as características do território em que os CAPS se localizavam não foram consideradas no planejamento dos serviços. Os aspectos geográficos, institucionais (serviços de saúde, justiça, apoio social, entre outros) e principalmente os ligados ao estabelecimento de redes de relações entre o serviço e a comunidade não estavam presentes. Isto nos levou a concluir que a criação dos CAPS no planejamento formal dos municípios de Mato Grosso pode significar para o território apenas sua presença física, o que pressupõe ser decorrente da não incorporação de mudanças concretas nos serviços.

## **5.2 O trabalho da enfermagem nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS**

Ao longo das análises feitas até aqui nesta pesquisa, observamos que na maioria dos *projetos terapêuticos institucionais* estavam presentes elementos do processo de trabalho típicos do modelo manicomial. Possibilitou-nos perceber alguns determinantes da realidade local que incidem nesta constituição do trabalho (criação recente dos municípios e grandes distâncias entre eles, precariedade dos meios de comunicação e transporte, precariedade das condições de trabalho, pouca participação política das equipes, usuários e familiares, entre outros), e que interferem diretamente na elaboração dos projetos terapêuticos.

Todas estas questões se relacionam com o desenvolvimento do trabalho da enfermagem nos CAPS, e se apresentavam na forma como este trabalho era planejado nos *projetos terapêuticos institucionais* dos serviços estudados.

Como mostramos anteriormente (QUADRO 02-APÊNDICE 03), somente em quatro *projetos terapêuticos institucionais* a equipe do CAPS era responsável pela elaboração dos documentos. Destes quatro projetos, a enfermagem estava presente em todas as equipes de elaboradores (QUADRO 03-APÊNDICE 04), sendo que no CAPS 3 havia o enfermeiro e técnico de enfermagem, no CAPS 8 o técnico de enfermagem, e nos CAPS 11 e 13 o enfermeiro.

Percebemos que apesar da pouca participação das equipes na elaboração dos *projetos terapêuticos institucionais* estudados, a enfermagem estava presente entre os profissionais que se responsabilizaram pela elaboração dos documentos.

Conforme analisado ao longo deste estudo, vários fatores indicam que a elaboração dos projetos estudados partiu de um processo burocrático, principalmente em virtude de sua exigência legal (Portaria GM Nº 245/2005) que condiciona a criação dos CAPS.

Neste caso, a participação da enfermagem na elaboração dos *projetos terapêuticos institucionais* pode estar associada a sua característica histórica de assumir muitas vezes a responsabilidade pelas atividades administrativas-burocráticas (ROCHA, 2005), tais como a elaboração de protocolos de rotinas institucionais, manuais e, no contexto deste estudo, do *projeto terapêutico institucional* do CAPS.

A atividade administrativa é constitutiva da formação da enfermagem. A este respeito, Spagnol (2005) destaca que no currículo da primeira escola de enfermagem brasileira, Escola Anna Neri, já havia a presença de duas disciplinas de administração, a Administração Hospitalar e o Serviço Administrativo Hospitalar.

Os modelos de administração adotados eram baseados nos princípios da escola Científica e Clássica da Administração preconizados por Taylor e Fayol. A característica marcante deste modelo é o controle e teve grande influência no desenvolvimento da enfermagem desde a sua institucionalização no hospital e no meio acadêmico (SPAGNOL, 2005).

Kantorski, Pinho, Saeki e Souza (2005) apontam que o ensino de enfermagem em saúde mental deve se modificar para abarcar as mudanças que emergem diante das transformações que a reforma psiquiátrica confere.

Ao entrar no campo da saúde mental, o aluno de enfermagem se depara não somente com a complexidade das situações que envolvem o sofrimento psíquico, mas também com suas próprias potencialidades e limitações. O objetivo deve se pautar no desenvolvimento do vínculo entre os alunos e as pessoas de quem cuida, e não organizar seu trabalho como uma sequência de tarefas, de forma que possa assimilar conceitos como a escuta, o vínculo, entre outros (KANTORSKI; PINHO; SAEKI; MELO, 2005).

A gestão dos cuidados de enfermagem deve estar presente tanto no desenvolvimento do *projeto terapêutico institucional* do CAPS quanto do projeto individual/singular no cotidiano do trabalho em saúde mental.

A este respeito, a experiência relatada por Nascimento-Júnior, Ribeiro e Oliveira (2009) acerca da utilização do projeto terapêutico no ensino prático de enfermagem em saúde mental vem apontar consequências satisfatórias em relação a esta metodologia na gestão dos cuidados de enfermagem.

Os autores destacam que o desenvolvimento prático do projeto terapêutico durante a graduação favorece com que os alunos tenham maior compreensão acerca da experiência de sofrimento mental vivenciada pelo usuário e familiar numa perspectiva psicossocial teórico-prática. Ao mesmo tempo, os alunos podem incorporar as dimensões familiar, social e institucional (do serviço e dos recursos da rede assistencial) no processo de avaliação e tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Esta vivência prática das potencialidades e dificuldades reais da oferta de cuidado psicossocial favorece o desenvolvimento e valorização da autonomia dos pacientes e familiares no processo de cuidado e do estudante no processo de ensino-aprendizado.

Se considerarmos que um dos desafios da enfermagem atual é romper com o gerenciamento baseado em modelos repressivos (SPAGNOL, 2005; ROCHA, 2005), o desenvolvimento de projetos terapêuticos é uma meio de empreender a cogestão dos cuidados em saúde mental.

No desenvolvimento de *projetos terapêuticos institucionais* para os CAPS, a transformação nos processos de gestão dos serviços se afasta dos objetivos clássicos dos hospitais psiquiátricos, principalmente no que diz respeito ao controle e vigilância das pessoas em sofrimento mental.

A enfermagem estava presente nos documentos estudados e se referia à descrição do seu trabalho a ser realizado nos CAPS. Esta descrição estava presente em quatro locais: CAPS 2, 4, 5 e 9 (QUADRO 03-APÊNDICE 04).

Observa-se que nos documentos que referia haver a participação da enfermagem em sua elaboração (CAPS 3, 8, 11, 13), não havia a descrição do seu trabalho, somente de outras categorias profissionais. A centralização em atividades burocráticas é um dos fatores que podem dificultar o trabalho da enfermagem na atenção psicossocial, e no caso deste estudo pode indicar ainda a dificuldade da enfermagem em reconhecer seu próprio trabalho dentro de um modelo assistencial novo e inovador como o da atenção psicossocial.

A descrição do trabalho de enfermagem era dividida em: atividades do auxiliar de enfermagem e atividades do enfermeiro. No CAPS 2 havia somente a descrição do trabalho do auxiliar e no CAPS 9 somente a do enfermeiro. Nos outros dois documentos (CAPS 4 e 5), havia a descrição do trabalho de ambos.

Entre as **atividades do auxiliar**, havia em um documento atividades que se associavam àquelas típicas do modelo manicomial, ou seja, voltadas para o desenvolvimento do trabalho médico, com função de controlar e vigiar o comportamento do doente mental<sup>16</sup>:

*Participa do **tratamento prescrito**, junto ao paciente e sua família, atendendo às suas dúvidas quando a **medicação ministrada** [...]. Faz **anotações do comportamento** e queixas do paciente; **mantém vigilância constante** de forma discreta ao paciente (CAPS 2).*

Em outros dois documentos, as atividades do auxiliar de enfermagem se aproximavam do cuidado psicossocial com ações que abrangiam a participação nas discussões de equipe, o acolhimento, a coordenação de atividades e o atendimento à comunidade:

*Integrar a equipe interdisciplinar das reuniões de estudo de caso (CAPS 4 e 5);*

*Fazer acolhimento dos usuários e familiares; coordenar oficinas terapêuticas (CAPS 4);*

*Realizar palestra na comunidade (CAPS 5).*

---

<sup>16</sup> Os destaques nos documentos foram feitos pelas autoras.

Entre as **atividades do enfermeiro**, notam-se também as práticas típicas do modelo manicomial, tais como o controle das medicações, da higiene corporal e a supervisão da equipe de auxiliares:

*Orientar a família e o usuário sobre mediação e controle; estimular o usuário a se preocupar com seu aspecto físico, cuidados pessoais, aparência, alimentação (CAPS 5);*

*[...] administra a mediação prescrita (CAPS 6);*

*Supervisiona a equipe de enfermagem (CAPS 4).*

A organização do trabalho de enfermagem com base em algumas práticas herdadas da psiquiatria clássica (ou modelo manicomial), como se observa nos fragmentos acima, não permite aos trabalhadores a criação de espaços coletivos de gestão necessários ao desenvolvimento de um *projeto terapêutico institucional ou individual/singular*.

Spagnol (2005) acrescenta que não há como a enfermagem compartilhar o processo decisório de gestão e desenvolver a capacidade compartilhada de análise dos problemas se tiver como base um modelo de gerenciamento que pressupõe controle e vigilância. A supervisão da equipe, como meta de controle do processo de trabalho e do comportamento dos outros trabalhadores de enfermagem, é outro aspecto que dificulta o exercício da gestão compartilhada por parte dos enfermeiros.

O planejamento do trabalho de enfermagem num *projeto terapêutico institucional* deve buscar a superação do modelo manicomial e da forma tradicional de gestão dos cuidados de enfermagem. Consideramos que isto só é possível à medida que o trabalhador se posicione como um sujeito social, sujeito ativo que intervém e modifica seu trabalho e as relações que estabelece com os demais sujeitos com quem interage.

Além de observamos algumas práticas do enfermeiro típicas do modelo manicomial, notamos em um documento estudado o planejamento de algumas ações pressupostas pelo modelo psicossocial:

*Prestar assistência de enfermagem aos acometidos por transtorno mental dentro do paradigma da reforma psiquiátrica; realizar acolhimento, avaliação e reavaliação; consulta de enfermagem; visita domiciliar; implementar oficinas terapêuticas e de educação em saúde; participar das reuniões da unidade; integrar a equipe interdisciplinar (CAPS 4).*

Neste mesmo documento (CAPS 4), observamos, em outra ocasião, alguns dados que contrariavam algumas das descrições do trabalho a ser realizado pelo enfermeiro, como por exemplo a identificação de que no CAPS 4 não se realiza atendimento domiciliar (p. 67) e as ações dos profissionais se dão de forma individual e fragmentada (p. 77), o que não abre possibilidades de desenvolver um trabalho em equipe interdisciplinar.

As contradições encontradas em vários documentos estudados refletem o momento de transição em que se encontra o processo da reforma psiquiátrica, e de redefinição do processo de trabalho de enfermagem na atenção psicossocial.

Alguns limites para superar o modelo manicomial estão ligados principalmente ao posicionamento da enfermagem como profissional “sujeito-cidadão”. Sobre isto, Oliveira e Alessi (2003) apontam que no contexto mato-grossense dos serviços de saúde mental, o enfermeiro tem sido um profissional pouco atuante e visível no conjunto do trabalho em equipe, acomodando-se muitas vezes nas ações que derivam da prática médica e administrativa.

Esta pouca atuação da enfermagem pode ser notada nos documentos estudados ao constatarmos que em nenhum *projeto terapêutico institucional* no qual a enfermagem “participou” como elaborador foram descritas quais eram as atividades destes profissionais nos CAPS.

Desta forma, concordamos com Oliveira e Alessi (2003) ao questionarmos qual é a condição da enfermagem realizar seu trabalho orientado pelo resgate da cidadania do sujeito em sofrimento mental quando os próprios profissionais não se posicionam como sujeito-cidadão.

Há que se levar em consideração o contexto que envolve a enfermagem e também outros profissionais que trabalham nos CAPS mato-grossenses. Como já mostramos anteriormente, há incipiente organização social, fato que associado às grandes distâncias entre os municípios ocasiona ainda maior dificuldade de acesso aos centros políticos e acadêmicos. Além disto, há insegurança profissional, precariedade na formação das equipes e nas condições de trabalho ofertadas a estes trabalhadores (vínculo temporário; baixa remuneração salarial).

Estas e outras condições evidenciadas nos documentos estudados nesta pesquisa (p. 74) podem determinar o pouco envolvimento dos profissionais dos CAPS, e

entre estes a enfermagem, na mobilização de ações que articulem suas responsabilidades políticas e técnicas na construção da reforma psiquiátrica.

Destacamos, entre as responsabilidades que envolvem os profissionais da saúde mental, a elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* para os CAPS. Na dinâmica do processo de trabalho em saúde mental, estes projetos devem estar “vivos” e se basearem principalmente na utilização de tecnologias leves como a produção de vínculo, autonomia, acolhimento, responsabilização, gestão participativa, entre outras.

Outro aspecto identificado acerca do trabalho de enfermagem nos *projetos terapêuticos institucionais* estudados foi a presença de formulários de atendimento específico para o enfermeiro.

A despeito do conteúdo destes formulários, que será analisado em seguida, a primeira questão por nós identificada é a necessidade de um formulário diferenciado por categoria profissional: se há diferentes formulários de atendimento, o projeto terapêutico elaborado para o usuário seria outro formulário? Um formulário que fosse síntese dos demais? E seria de que categoria profissional?

Não há como elaborar um *projeto terapêutico institucional* ou individual/singular que pressupõe articulação profissional, horizontalidade do poder e interdisciplinaridade, se houver a fragmentação dos procedimentos entre os profissionais da equipe de saúde mental. Como afirmamos anteriormente (p. 78), esta fragmentação inviabiliza a construção de um projeto terapêutico individual/singular e institucional coletivo, submetendo o usuário e familiar a avaliações repetitivas e mecânicas

Ao considerarmos que os *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS devem se basear no uso de tecnologias leves, a relação terapêutica entre usuários e trabalhadores não poderia ser capturada por sistemas estruturados e fragmentados, como por meio de fichas, protocolos ou formulários de atendimento (MERHY, 2007c).

Podemos considerar que esta forma de estruturação de formulários de atendimento nos *projetos terapêuticos institucionais* dos CAPS estudados (formulários de acolhimento e de tratamento) tem tendência a capturar as tecnologias leves.

O desenvolvimento do projeto assistencial e institucional do serviço deve, ao contrário, permitir maior flexibilidade do trabalho em equipe e, principalmente, exigir do

profissional comprometimento e responsabilização pelo usuário. A meta não é dividir ou fragmentar formulários que, muitas vezes, ficam arquivados e esquecidos, e sim desenvolver um projeto *coconstruído* que promova um elo de responsabilidade entre todos os profissionais (CUNHA, 2005).

Concluimos a este respeito que, como um dos objetivos da atenção psicossocial é a co-responsabilidade pela vida e tratamento da pessoa em sofrimento mental, as ações tendem a ser planejadas a médio e longo prazo, e não em encontros eventuais onde se repetem os mesmos procedimentos, as mesmas perguntas. Neste caso, os projetos terapêuticos institucional e individual/singular são metodologias de cuidado e gestão que vão permitir a aproximação e o vínculo duradouro entre usuário, familiar e profissional. .

Quanto aos formulários de enfermagem, estes foram identificados em oito locais: CAPS 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9 e 11 (QUADRO 03-APÊNDICE 04). No que se referia ao seu conteúdo, notamos que o marco teórico de referência adotado para os cuidados de enfermagem acarretava a forma de avaliação que iria subsidiar o planejamento do seu trabalho.

Chamou-nos a atenção o fato de que em todos os formulários de enfermagem havia a busca pela **história da doença mental**, inexistindo o termo sofrimento mental. Além disto, predominou também a busca pelos **antecedentes familiares**. Em alguns dos formulários de acolhimento (p. 22) esta busca já se fazia presente, repetindo nos formulários da enfermagem o mesmo objetivo e os mesmos questionamentos.

Nestes casos, evidencia-se que a **doença mental** era o alvo de investigação que direcionava o tratamento, o que expressava nos documentos a manutenção do objeto de intervenção do modelo manicomial mesmo no atendimento de usuários dentro nos CAPS.

Amarante (2009b) nos fala que uma das dimensões que abrangem o processo de transformação das práticas manicomiais para psicossociais se refere à dimensão teórico-conceitual, ou seja, uma dimensão que está relacionada à produção de conhecimentos que vão fundamentar e autorizar as práticas realizadas no trabalho em saúde mental. E é nesta dimensão que se coloca em discussão o conceito de doença mental como sinônimo de periculosidade, alienação, incapacidade, erro ou ausência de razão.

A desconstrução deste conceito de doença mental produzido pela psiquiatria clássica transforma as relações entre as pessoas, pois a pessoa em sofrimento mental, antes excluída do mundo social, antes incapaz, torna-se um sujeito e não mais um objeto de saber.

Neste cenário, há transformação da própria clínica, pois quando o conceito de doença é colocado entre parênteses, a clínica baseada no isolamento terapêutico ou no tratamento moral do doente mental também é desconstruída. Para Amarante (2009b), este é um dos aspectos fundamentais para a reforma psiquiátrica:

“[...] É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado, na tomada de responsabilidade [...] e na cidadania enquanto princípio ético (AMARANTE, 2009b, p. 7).

Várias produções científicas vêm apontando que a transformação do objeto e da clínica, ou seja, o reconhecimento de um novo objeto que não mais se dirija à doença mental e sim à complexidade das situações que envolvem o **sofrimento mental**, é uma das principais dificuldades encontradas no trabalho da enfermagem neste campo (JORGE, 2003; SOUZA, 2003; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Neste caso, para que o trabalho da enfermagem tenha como marco teórico de referência a saúde mental, a avaliação da pessoa visará à compreensão das manifestações do seu sofrimento em relação a determinados contextos relacionais e sócio-culturais concretos. O objetivo das avaliações estará visando à promoção da saúde, ao empoderamento de pessoas e comunidades para a autogestão, o que deve ser feito a partir de um projeto coletivo (OLIVEIRA; MARCON, 2006b).

Na medida em que a doença (e não o sofrimento mental) era o marco de referência para o planejamento dos cuidados de enfermagem nos seus formulários estudados, os antecedentes familiares passam a ser *investigados*.

A este respeito, Oliveira e Marcon (2006b) nos explicam que como o campo da psiquiatria clássica define a doença mental como se objeto de trabalho, a

identificação dos nexos causais na estrutura corporal/biológica determinada geneticamente é privilegiada.

Historicamente o louco representou uma ameaça para as famílias por ser uma pessoa perigosa para os outros membros, que poderia subverter os mais frágeis. Entretanto, embora a família precisasse ser protegida do seu membro doente, o grupo familiar também era culpabilizado por promover a loucura entre seus membros devido à ideia de que a alienação provinha da estrutura familiar e dos conflitos que aconteciam a partir desta relação (MELMAN, 2001).

Pereira e Pereira Júnior (2003) apontam que o sentimento de culpa dos familiares em relação ao surgimento da doença mental é um fator que os acompanha e que traz muitas interrogações na tentativa de entender e explicar a doença. É como se a pessoa doente representasse as falências do sistema familiar, o que pode acentuar a responsabilização e culpa das famílias envolvidas.

A avaliação de enfermagem presente nos formulários estudados reforça tanto o objeto da psiquiatria clássica – a doença mental – quanto onexo causal familiar desta doença. Outros aspectos como o exame físico, o exame mental e aqueles relacionados aos recursos dos contextos sociais e individuais (composição familiar; relações com a família e comunidade; acesso ao serviço de saúde, entre outros) eram escassos nos formulários de enfermagem.

Ao observarmos os formulários de outras categorias profissionais, notamos que estes aspectos quase ausentes na avaliação de enfermagem estavam presentes principalmente nos formulários de avaliação do psicólogo. Novamente questionamos quais as possibilidades de se construir um *projeto terapêutico institucional* neste contexto em que o processo de avaliação é fragmentado. E mais, como é possível fundamentar o planejamento dos cuidados de enfermagem sem os elementos que vão assegurar a compreensão concreta do sofrimento mental que a pessoa possui?

Devemos lembrar que o trabalho terapêutico em saúde mental não separa os problemas com base em categorias profissionais, pois não se pode fazer muito com a doença mental - como queria o modelo médico – e tampouco com o sintoma isolado:

A instituição a ser inventada sobre o objeto “existência que sofre do corpo em relação ao corpo social” é feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios

do biológico, entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos de reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticas (ROTELLI, 2001, p. 97).

Desta forma, concluímos que a participação e desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem nos *projetos terapêuticos institucionais* estudados demonstram a convivência de ações que tendiam a manter o modelo baseado na doença mental e algumas que ensaiavam um movimento de transformação destas práticas. Esta “convivência” está presente em outros aspectos analisados ao longo desta pesquisa, não sendo prioritário da enfermagem, mas sim parte de um contexto maior que faz parte.

Cabe ressaltar que para que o trabalho da enfermagem se situe no campo da saúde mental são necessárias condições concretas que propiciem esta mudança. Estas condições e as resistências a elas se desenvolvem a partir das características históricas, sociais e políticas da realidade que as compõem, sendo necessários acúmulo e condições qualitativas e quantitativas que propiciem a mudança no trabalho (MINAYO, 2007).

Isto nos leva à compreensão de que os avanços e limites à transformação do processo de trabalho em saúde mental evidenciados nos *projetos terapêuticos institucionais* estudados se relacionam dialeticamente com a forma que vem se desenvolvendo a reforma psiquiátrica em Mato Grosso, fato que determina na mesma medida as características do trabalho da enfermagem também evidenciadas nestes projetos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social que se iniciou no Brasil a partir da década de 70 e, mais do que derrubar os muros dos hospitais psiquiátricos, colocou em debate as questões ligadas à inclusão social das pessoas e familiares em sofrimento mental, e vem influenciando a formulação das diretrizes político-normativas de saúde mental.

A elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* para os novos serviços de saúde mental criados na década de 90, os NAPS e os CAPS, foi uma experiência que influenciou algumas das diretrizes político-normativas de saúde mental.

No caso do *projeto terapêutico institucional* do primeiro NAPS, representou ainda uma estratégia nova e inovadora de transformação do modelo manicomial e construção de práticas psicossociais que envolviam e articulavam usuários, familiares, trabalhadores e comunidade em geral.

A Portaria GM Nº 245/2005 possibilitou avanços em termos de expansão numérica dos CAPS e incorporou em seu discurso a estratégia de elaborar *projetos terapêuticos institucionais* como critério para financiamento dos CAPS antes mesmo da criação efetiva dos serviços.

Observa-se a importância que as experiências iniciais com os projetos terapêuticos institucionais tiveram na estruturação e expansão dos novos serviços de saúde mental, porém esta “captura” pelas diretrizes político-normativas pode ter como consequência o processo de burocratização destes projetos e do seu potencial instituinte.

A pesquisa apresentada se propôs a analisar os projetos terapêuticos institucionais dos CAPS tipo I e II criados no Estado de Mato Grosso, o que se fez relevante para que estes dispositivos proporcionem novos espaços de discussão e criticidade fundamentais para a criação de novos serviços de saúde mental.

É neste sentido que tivemos como objetivo discutir, a partir da nossa realidade concreta, as contradições, limites e avanços que envolvem a elaboração destes

projetos e constituir possibilidades de construção e reconstrução permanente – e sempre inacabada – de estratégias de ação psicossocial.

Os dados que inicialmente destacamos foram a ausência de *projetos terapêuticos institucionais* em alguns CAPS, e a constatação de um projeto que não correspondia ao tipo de CAPS em funcionamento. São dados que apontaram alguns dos limites do contexto estudado e indicavam processo de burocratização na elaboração destes projetos.

Nos projetos existentes nos CAPS estudados, identificamos quem foram os responsáveis pela sua elaboração e, a partir disto, discutimos de que forma os projetos poderiam representar uma estratégia de corresponsabilização e resgate de cidadania entre os envolvidos no processo de cuidar: usuários, trabalhadores/gestores e familiares.

Observamos que não havia corresponsabilização na elaboração dos projetos, ao contrário. Os dados apontaram que além de haver muitas cópias e semelhanças entre os projetos, a participação dos usuários e familiares na elaboração dos mesmos era ausente. Consideramos que isto era um fator que inviabilizava o resgate da cidadania de todos envolvidos e permitia, ao mesmo tempo, a manutenção de práticas manicomialis no planejamento do trabalho a partir dos projetos elaborados.

Esta manutenção de práticas manicomialis estava presente em todos os projetos e abrangia todos os elementos que compunham o trabalho planejado para os CAPS.

Em relação a isto, havia nos *projetos terapêuticos institucionais* o delineamento de perfis e seleção de usuários que se baseavam em critérios de disciplina e em aspectos clínicos da doença mental (presença e gravidade da doença); o uso de estratégias de controle para usuários e familiares como a utilização pelos profissionais de contratos com características autoritárias e repressivas.

As finalidades do trabalho eram relacionadas ao tratamento moral e preventivo das doenças mentais, o que fazia referência aos pressupostos ideológicos da alienação mental e da Psiquiatria Preventiva.

Os meios de trabalho destacados nos *projetos terapêuticos institucionais* para análise deste estudo foram o acolhimento, projeto terapêutico individual, técnico de

referência e articulação no território. Observamos que o acolhimento não estava claro, sendo assemelhado à triagem e ao preenchimento de fichas de atendimento. O projeto terapêutico individual não fazia parte das estratégias de todos os CAPS, e houve ainda ausência total de planejamento das ações com o técnico de referência.

A articulação com o território, fator que deveria estar presente nos *projetos terapêuticos institucionais* uma vez que estes são um dos critérios que justificam a necessidade de criação do serviço de saúde mental, estava mencionada somente em dois documentos. Em ambos, não havia articulação das características locais e das ações a serem planejadas, o que indicou serem decorrentes da não incorporação de mudanças nos serviços criados.

Quanto ao trabalho da enfermagem, este estava dividido em atividades do auxiliar e do enfermeiro. Para ambos, prevaleceram atividades ligadas aos pressupostos do modelo manicomial, ou seja, o objeto de trabalho era a doença mental, a finalidade era a supervisão do comportamento e os meios utilizados eram formulários fragmentados e marcados pelo referencial da doença mental: identificação e causalidade da doença.

Consideramos que há necessidade de estudos que propiciem a discussão do trabalho da enfermagem nos CAPS, incluindo nestes a discussão acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) frente à estratégia de elaboração de *projetos terapêuticos institucionais* para os CAPS. A SAE e os projetos terapêuticos são processos de gestão de cuidados que se contrariam, pois enquanto a SAE prioriza ações pontuais, individuais, privativas e hierarquizadas, o projeto terapêutico institucional prevê a organização e desenvolvimento de ações compartilhadas que minimizam a hierarquia de poderes em favor da cidadania de todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Os resultados da pesquisa reafirmam os pressupostos iniciais do estudo. A falta de criticidade e reflexão que vem pautando a implantação dos CAPS são fatores que dificultam a transformação do trabalho em saúde mental e os *projetos terapêuticos institucionais* estudados expressam esta dificuldade ao estarem predominantemente vinculados às práticas herdadas do modelo manicomial.

Por fim, concluímos que se faz necessário investir no *projeto terapêutico institucional* como instrumento de transformação do trabalho nos CAPS existentes e naqueles que se planeja a implantação. Acreditamos que o potencial instituinte deste instrumento permite criar e recriar espaços de discussão e reflexão do trabalho na atenção

psicossocial, o que amplia as possibilidades de desenvolver práticas inovadoras no campo da atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Sandra Elaine Aires de. Pesquisa e Análise Documental. In: **XVI Seminário de Práticas Docentes**: competências docentes no século XXI e em outros também, 2008. Anápolis. Anais do XVI Seminário de Atualização de Práticas Docentes. Anápolis: Centro Universitário de Anápolis, 2008. p. 26-28.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface Botucatu**. 2006, v. 10, n. 20. p. 299-316.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

\_\_\_\_\_. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editora, 1997. p.163-185.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. AMARANTE, Paulo (Coord.). Rio de Janeiro: NAU, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Sobre as pesquisas, suas conseqüências e interesses. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009a, v.14, n.2, p. 362-363.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Edição especial anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental "Perspectivas em Saúde Mental: Diversidade e aproximações". Florianópolis: Abrasme, jan.- abr. 2009b. ISSN 1984-2147.

\_\_\_\_\_; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. 2001a, v. 6, n.1. p. 73-85. Rio de Janeiro: 2001a.

\_\_\_\_\_; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**. 2001b, v. 25, n. 58, maio/ago 2001b. p. 26-34. Rio de Janeiro, 2001b.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, v. 14, n. 1. p. 195-204.

ANDERY, Maria Amália Pie Abib et al. **Para compreender a ciência**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ATAÍDE, Inês de Fátima Cunha. **As internações no contexto da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso**. 2008. Dissertação (Mestrado). Cuiabá, Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. 2008.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. AMARANTE, Paulo (Coord.) Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BLEGER, José. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: RENÉ, Kaes et al. **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p 59-71.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial de saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, 2008, v. 24, n. 2. p. 456-568.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS Nº 189** de 19 novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde, 1991.

\_\_\_\_\_. **Portaria SNAS Nº 224** de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM Nº 224** de 19 de janeiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial que passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM Nº 245** de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro a ser repassado fundo a fundo para os municípios que estão em processo de implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de

Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília: 2005b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Márcia Aparecida do Amaral. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, 2007, v. 12, n. 4. p. 849-859.

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 837-868.

CHAUI, Marilena. Ideologia. In: CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. p. 216-219.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa . Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009, v. 14 (supl. 1). p. 1413-1531.

COSTA-ROSA, Abílio et al. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-44.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Direitos Humanos: Sessenta anos de conquistas. **Revista Direitos Humanos**. (Edição comemorativa). Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos: 2008. p. 8-11.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Edição especial anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental "Perspectivas em Saúde Mental: Diversidade e aproximações". Florianópolis: Abrasme, jan.-abr. 2009. ISSN 1984-2147.

FRANCO, Tulio Batista; PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubens Araújo de. **Gestão Em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, Tullio Batista. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 161-198.

FURTADO, Juarez Pereira. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS estação. In: HARARE, Angela; Valentini, Willians (Orgs). **A Reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 37-58

\_\_\_\_\_. MIRANDA, Lílian. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.**, 2006, ano IX, n. 3. p. 508-524.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 7. ed. 1ª publicação original em 1961. 2005.

GONÇALVES Alda Martins, SENA Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2001, v. 9, n. 2. p. 48-55.

JARDIM, Vanda Maria da Rosa; CARTANA, Maria do Horto Fontoura; KANTORSKI, Luciane Prado. ; QUEVEDO, André Luis Alves de. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**, 2009, v. 18, n. 2. p. 241-248.

JORGE, Marco Aurélio Soares et al. **Textos de apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, 2006, v. 59, n. 6. p. 734-739.

KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa de; SAEKI, Toyoko; MELLO, Maria Conceição Bernardo de Souza. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, 2005, v. 39, n. 3. p. 317-324.

\_\_\_\_\_. et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, 2009.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000. p.15-36.

LEÃO, Adriana ; BARROS, Sônia . As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, 2008, v. 17, n. 1. p. 95-106.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jeferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 2007, v. 12, n. 2. p. 399-407.

LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel Therezinha. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007. (Coleção Clássicos para integralidade em saúde).

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface Botucatu**, 2006, v.10, n. 20. p. 281 a 298.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2003, v. 7, n. 1. p. 61-66.

MATUMOTO, Sílvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, 2001, v. 17, n. 1. p. 233-241.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. (Coleção Ensaios Transversais).

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 1992.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO-CAMPOS, Rosana (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a. p. 15-36.

\_\_\_\_\_. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b. p. 41-66.

\_\_\_\_\_. Apostando em Projetos Terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde). In: MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007c. p. 135-148.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NASCIMENTO-JUNIOR, Djalma Vieira do Nascimento; RIBEIRO, Carolina Campos; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. O projeto terapêutico como metodologia de ensino-aprendizagem de enfermagem em saúde mental: relatando experiências. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1. Edição especial anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Mental "Perspectivas em Saúde Mental: Diversidade e aproximações". Florianópolis: Abrasme, jan.- abr. 2009. ISSN 1984-2147.

NUNES, Jonas André Bueno. Para além dos muros da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. **Psico** (Porto Alegre), 2005, v. 36, n. 3. p. 293-298.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá-MT**. Dissertação de Mestrado. 114 páginas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 1998.

\_\_\_\_\_; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contribuições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2003, v. 11, n. 3. p. 333-340.

\_\_\_\_\_; ALESSI, Neiry Primo. **Superando o Manicômio? Desafios na construção da Reforma Psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005a.

\_\_\_\_\_; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2005b, v. 10, n. 1. p. 191-203.

\_\_\_\_\_; MARCON, Samira. Modelo médico-psiquiátrico e psicossocial: implicações para o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental. In: OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro (Org.). **Ensino de enfermagem: temas e estratégias interdisciplinares**. Cuiabá: EdUFMT, 2006a. p. 27-50. v. 4.

\_\_\_\_\_; MARCON, Samira Reschetti. A avaliação do estado mental: um recurso tecnológico para a assistência de enfermagem em saúde mental. In: OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro (Org.). **Ensino de enfermagem: trabalho e cuidado**. Cuiabá: EdUFMT, 2006b. p. 129-147. v. 5.

\_\_\_\_\_. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, 2007, v. 10, n. 4. p. 694-702.

\_\_\_\_\_, et al. **Relatório Final Pesquisa PRATICAPS-MT** - Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de Mato Grosso. Cuiabá: CNPq/NESM – UFMT, 2008.

\_\_\_\_\_; CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma Psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009, v. 14, n. 1. p. 319-331.

OLIVEIRA-NUNES, Gustavo Nunes. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

OLSCHOWSKY, Agnes, et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2009, v. 43, p. 781-787.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

\_\_\_\_\_; FURTADO, Juez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2006; v. 22, n. 5. p. 1053-1062.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2002, v. 1, n. 1, p. 75-93.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2003, v. 37, n. 4. p. 92-100.

PEREIRA, William Cesar Castilho. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Rev. Estudos e pesquisas em psicologia**, 2007, v. 7, n. 1. p. 6-16.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**. 2001, n.114. p. 179-195.

QUINTAS, Renata Martins. AMARANTE, Paulo. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, 2008, v. 32, n. 787980. p. 99-107.

RÉZIO, Larissa de Almeida. O trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Cuiabá, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso

RIBEIRO, Carolina Campos; RIBEIRO, Lorena Araújo; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enfermagem**, 2008, v. 13, n. 4. p. 548-57.

RIBEIRO, Carolina.; SILVA, Naiara.; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. O projeto terapêutico nos CAPSs de Mato Grosso: uma análise documental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2009, v. 8, n. 3. p. 393-402.

ROCHA, Ruth Mylius. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e a as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto enferm**, 2005, v. 14, n. 3. p. 350-7.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão das famílias nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, 2005, v. 11, n. 8. p. 205-218.

ROTELLI, Franco. A Instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 89-100.

RUBIAO, Laura Lustosa. CUNHA, Luciana Rodrigues. Repensando o projeto terapêutico no âmbito da construção do caso clínico: uma experiência do Cersam do Nordeste. In: **IV Simpósio de Saúde Coletiva e Saúde Mental: contra os excessos da teoria ou da prática: uma interlo(u)cação**, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt3/Repensando.pdf>>, acesso em 26 de junho de 2009.

SAINT-GEORGES, Pierre de. Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios econômicos, social e político. In: ALBARELLO, Luc et al. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva. 1997. p. 15-47.

SANDUVETTE, Verônica. Sobre como e por que construir, (re) construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). **Psicologia USP**, 2007, v. 18, n. 1. p. 83-100.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes . O Centro de Atenção Psicossocial e as Estratégias para Inserção da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 2008, v. 42. p. 127-134.

SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2003, v. 11, n. 5. p. 678-684.

SPAGNOL, Carla Aparecida. (Re) pensando a gerência de enfermagem a partir de conceitos utilizados no Campo da Saúde Coletiva. . **Ciênc. saúde coletiva**, v, 10, n. 1. p. 119-127.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos-RJ, 2002. v. 9, n. 1. p. 25 a 59.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Os desafios no processo de construção de narrativas pessoais no campo da saúde mental: a experiência desta coletânea. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro: EncantArte, 2005. p. 221 a 229.

WETZEL, Christine; ALMEIDA Maria Cecília Puntel de. A construção da diferença na assistência em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul/RS. **Saúde Debate**, 2001, maio-ago., v. 25, n. 58. p. 77-87.

WETZEL, Christine; KANTORSK, Luciane Prado; SOUZA, Jacqueline. Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **Rev Enferm UERJ**, 2008, jan/mar., v. 16, n. 1. p. 39-45

ZAPPELLINI, Letícia Domingues; OLIVEIRA, Carmem S. O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças. **Boletim de Saúde** (Porto Alegre). 2007, v. 21, n. 2.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 01

Documentos contidos no banco de dados da pesquisa PRATICAPS-MT:

- Levantamento censitário todos os pacientes atendidos nos CAPS durante um período de três meses e com coleta de dados demográficos, diagnóstico e modalidade de atendimento (Levantamento de usuários/CAPS);
- Relatórios de diário de campo contendo descrição da observação do processo de trabalho/terapêutico nos CAPS, tendo-se por base o Roteiro de Observação, durante 5 dias em cada um;
- Depoimentos transcritos na íntegra das entrevistas gravadas com todos os profissionais de nível universitário dos CAPS, tendo-se por base o Roteiro de Entrevista;
- Depoimentos transcritos na íntegra das entrevistas gravadas com pelo menos 3 usuários e familiares de cada CAPS, tendo-se por base o Roteiro de Entrevista;
- Questionários estruturados e respondidos por 18 Secretários Municipais de Saúde;
- Questionários estruturados e respondidos pelos 27 coordenadores e/ou gestores dos CAPS;
- Leis, Relatórios, Portarias e outros documentos produzidos no nível da gestão federal a respeito da área da saúde mental no Brasil e em Mato Grosso;
- Documentos produzidos e/ou arquivados no nível da gestão estadual da saúde, relacionados à saúde mental, no período de 2002 a 2007 (memorandos, projetos, ofícios, relatórios, resoluções);
- Documentos produzidos e/ou arquivados no nível da gestão municipal, relacionados a saúde mental, no período de 2002 a 2007 (relatórios; atas; documentos/programas e política local da saúde mental);
- Documentos dos vinte e sete CAPS (livros de registro de atendimento; prontuários; relatórios de produção; atas das reuniões realizadas pela equipe e usuários; projeto terapêutico institucional; formulários e impressos de uso do CAPS no atendimento de usuários e famílias;
- Documentos de dois hospitais psiquiátricos (registro de internação e alta; relatórios de produção; registro de atendimento; prontuários.

## **APÊNDICE 02**

Declaração do responsável pela pesquisa PRATICAPS-MT:

Eu, Alice Guimarães Bottaro de Oliveira, Enfermeira, Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da UFMT/ Cuiabá, responsável pela pesquisa intitulada Análise da efetividade da Práticas Terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso – PRATICAPS-MT, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller sob nº371CEP-HUJM\05, autorizo a coleta de dados do Banco de Dados proveniente do PRATICAPS, para pesquisa intitulada Projeto Terapêutico Institucional: um estudo nos CAPS de Mato Grosso.

---

Dra. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira



**APENDICE 04: Quadro 03:** Participação da enfermagem na elaboração dos projetos terapêuticos institucionais, formulários de atendimento de enfermagem e descrição do trabalho da enfermagem nos projetos terapêuticos institucionais dos CAPS tipo I e II de Mato Grosso, existentes até o ano de 2005.

<b>PROJETO TERAPEUTICO INSTITUCIONAL</b>	<b>Enfermagem participa da elaboração dos projetos terapêuticos institucionais</b>	<b>O projeto dispõe de formulários de atendimento de enfermagem</b>	<b>O projeto apresenta a descrição do trabalho da enfermagem</b>	<b>O projeto apresenta a descrição das atribuições da equipe</b>
1	Não	Sim	Não	Não
2	Não	Não	Sim	Sim
3	Sim	Sim	Não	Não
4	Não	Sim	Sim	Sim
5	Não	Não	Sim	Sim
6	Não	Sim	Não	Sim
7	Não	Sim	Não	Sim
8	Sim	Sim	Não	Não
9	Não	Sim	Sim	Sim
10	Não	Não	Não	Não
11	Sim	Sim	Não	Não
12	Não	Não	Não	Sim
13	Sim	Não	Não	Sim

# 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](#)