

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS  
EM SAÚDE

Luiza Macedo Travalloni

INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL:  
a perspectiva do profissional do CAPS acerca do cuidado integral

Rio de Janeiro

2009

Luiza Macedo Travalloni

INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL:  
a perspectiva do profissional do CAPS acerca do cuidado integral

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório de Bodiagnóstico em Saúde.

Orientador: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Rio de Janeiro

2009

Luiza Macedo Travalloni

**INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL:**  
a perspectiva do profissional do CAPS acerca do cuidado integral

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Laboratório de Bodiagnóstico em Saúde.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

(Maria Cecília de Araujo Carvalho - EPSJV/Fiocruz)

---

(Márcia Raposo Lopes - EPSJV/Fiocruz)

---

(Mariana Nogueira - EPSJV/Fiocruz)

*Dedico este trabalho ao meu querido cunhado  
Marcelo Nóbrega (in memoriam).  
O céu está agora mais inteligente.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pelas oportunidades que me foram dadas durante esses três últimos anos que me possibilitaram escrever esta monografia.

Agradeço em especial aos meus pais e irmãos que sempre me apoiaram, me incentivaram e me deram forças para que eu conseguisse todas as minhas realizações.

Aos meus amigos mais próximos que estiveram ao meu lado na construção deste trabalho fornecendo apoio emocional e ajuda de qualquer natureza sempre que necessário.

À Luciana (Lu), do Laboratório de Atenção à Saúde, por sua exímia paciência e por sempre se dispor a me ajudar.

À minha orientadora, Cecília, que orientou esse trabalho da melhor maneira possível, sempre contribuindo com sua sabedoria e experiência para enriquecê-lo. Agradeço pela confiança, pelo carinho e pelos ensinamentos.

Por fim, agradeço ao meu namorado Victor por desde o início ter me ajudado, tanto na sugestão do tema que originou esta monografia, quanto no apoio emocional sem o qual tudo se tornaria mais difícil.

*“O cuidado, assim como a vida, é a arte do encontro, embora haja tantos desencontros pela vida.”*

*(Silvio Yasui)*

## RESUMO

O trabalho objetiva discutir o cuidado de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP) nos CAPS através da análise da percepção dos profissionais deste dispositivo acerca da integralidade do cuidado e análise das ações do mesmo, de forma a compreender se este cumpre com sua missão de promover atenção integral aos usuários. Na primeira parte foi realizada uma revisão bibliográfica dos conceitos de integralidade, cuidado, transtornos mentais severos e persistentes e redes de atenção de base comunitária/CAPS, relacionando esses elementos às Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras. Na segunda parte foram descritas e analisadas as entrevistas realizadas com profissionais de um CAPS do Rio de Janeiro, permitindo a discussão das ações realizadas neste dispositivo frente ao desafio da prestação do cuidado pautado pelo princípio da integralidade. De modo geral verificou-se um comprometimento dos profissionais com a missão do CAPS de prestação de cuidado integral e preconização de ações neste serviço que extrapolam a intervenção clínica e abrangem as subjetividades do indivíduo.

Palavras-Chave: integralidade, cuidado, CAPS, transtornos mentais severos e persistentes.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos entrevistados segundo sua visão acerca do papel do CAPS na atenção à saúde mental.....	41
Tabela 2	Distribuição dos entrevistados segundo especificidades do CAPS por eles citadas.....	42
Tabela 3	Distribuição dos entrevistados segundo os critérios citados por estes para seleção de clientela específica que são utilizados no CAPS-EM.....	43
Tabela 4	Distribuição dos entrevistados segundo as modalidades de atendimento oferecidas pelo CAPS-EN por estes citadas.....	45
Tabela 5	Distribuição dos entrevistados segundo seu conhecimento sobre o planejamento de atividades exercidas no CAPS-EM.....	46
Tabela 6	Distribuição dos entrevistados segundo seu conhecimento sobre as estratégias utilizadas no CAPS-EN para aumento da taxa de adesão.....	47
Tabela 7	Distribuição dos entrevistados segundo serviços por eles citados aos quais o CAPS se relaciona.....	48
Tabela 8	Distribuição dos entrevistados segundo dispositivos por eles citados que são articulados ao CAPS.....	49
Tabela 9	Distribuição dos entrevistados segundo os aspectos que precisam ser melhorados na atenção aos usuários do CAPS por eles citados.....	51

## LISTA DE SIGLAS

AP	Área de Planejamento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-EN	Centro de Atenção Psicossocial Ernesto Nazareth
CID	Código Internacional de Doenças
CMS	Centros Municipais de Saúde
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
CTI	<i>Critical Time Intervention</i>
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRH	Programa Anual de Reestruturação à Assistência Hospitalar no SUS
PSF	Programa Saúde da Família
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TMSP	Transtorno Mental Severo e Persistente

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 INTEGRALIDADE E CUIDADO</b> .....	14
2.1 A INTEGRALIDADE E A REFORMA SANITÁRIA.....	14
2.2 A INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	16
2.3 O CUIDADO COMO UMA DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE.....	19
<b>3 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL</b> .....	22
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A BUSCA PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO....	22
3.2 OS CAPS: DISPOSITIVOS ESTRATÉGICOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	25
3.3 O CUIDADO INTEGRAL NA REDE COMUNITÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	30
<b>4 O CUIDADO INTEGRAL SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	36
4.1 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO RIO DE JANEIRO.....	36
4.2 METODOLOGIA.....	38
4.3 O CAMPO.....	39
4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	40
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	60
<b>ANEXO A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO CAPS-EM</b> .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

O campo da psiquiatria é recente e traduz a intervenção da medicina com relação à loucura. A visão da loucura como um processo patológico se inicia no final do século XVIII. Antes desse momento a loucura havia tido outros significados, como ausência de razão e alienação.

No Grande Enclausuramento, fenômeno sem propriedades médicas ou fundamento patológico, se inicia o confinamento do louco junto a profanos, libertinos e doentes venéreos, que constituíam a população enclausurada. É um movimento que ocorre no século XVII quando o louco passa a não mais ser tolerado pela sociedade, representando um problema social. Mais tarde, com a crescente crítica ao Grande Enclausuramento, insatisfação dos reclusos em conviverem com os loucos, necessidade de mão-de-obra na sociedade e questionamento da internação como solução para o desemprego, toma início uma transformação no quadro institucional, onde há a libertação dos antigos reclusos com exceção dos loucos, que passam a ter as instituições de reclusão destinadas exclusivamente a eles – formam-se os asilos. (RESENDE, 2000) (MACHADO, 1988).

No Brasil, a consolidação da psiquiatria se deu no início do século XIX e o marco institucional da assistência psiquiátrica no país é a criação do hospício Dom Pedro II em 1852 (RESENDE, 2000). Nessa época as propostas de tratamento baseavam-se nas já utilizadas pelo mundo, cujo foco era a exclusão e os asilos. Os portadores de transtornos mentais entravam, então, num circuito psiquiátrico, onde os asilos eram preponderantes e constituíam o modelo cultural de referencia na lógica psiquiátrica.

No decorrer de inúmeras mudanças políticas, sociais e culturais – no Brasil e em todo o mundo, a começar pela Europa - o hospital psiquiátrico deixou de ser o foco do tratamento do doente mental e propôs-se uma rede de serviços de base comunitária que substituiria este.

Neste trabalho é feita uma discussão acerca do cuidado integral de pacientes com Transtornos Mentais Severos e Persistentes (TMSP) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – eixo integrante da rede comunitária de assistência em saúde mental – buscando entender como e através de quais meios/serviços se dá o cuidado no CAPS, entendendo que este, em primeira instância, tem como missão oferecer um cuidado integral aos pacientes e promover sua inserção social. Ainda dentro deste estudo objetiva-se mais especificamente analisar a percepção dos profissionais de saúde mental do CAPS acerca da integralidade do cuidado e junto a eles obter informações do cotidiano de assistência deste serviço para que possamos conceber a realidade do cuidado exercido no CAPS.

Através de uma revisão de literatura são trabalhados conceitos de integralidade, cuidado, Transtornos Mentais Severos e Persistentes e rede comunitária de atenção/Centros de Atenção Psicossocial, buscando discutir o cuidado integral como resultado dos ideais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No primeiro capítulo são abordados os conceitos de cuidado e de integralidade, apontando sua relação com as políticas de saúde do Brasil e o surgimento de tais conceitos como fruto de movimentos sociais brasileiros. Ambos se articularão, posteriormente, formando a idéia de cuidado integral, a qual será discutida no âmbito da saúde mental.

O cuidado integral, tomado como o eixo da pesquisa realizada nos CAPS, abrange dois conceitos de dimensões distintas: cuidado e integralidade, ambos inseridos nas políticas de saúde mental propostas pela Reforma Psiquiátrica, mas também possuindo papel fundamental em outras políticas de saúde que não esta específica.

A integralidade, abordada como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e bandeira de luta do Movimento Sanitário, deve pautar todas as políticas de saúde, como a de saúde mental (MATTOS, 2003). Neste sentido, deve-se buscar a integralidade nas ações direcionadas às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, com intervenções que abranjam não somente a assistência, mas que abarquem medidas preventivas e de promoção.

Estudar a integralidade torna-se relevante, pois nota-se que ao longo da vigência do SUS no Brasil a integralidade tem sido o princípio menos visível, menos concreto e menos exercido nos dispositivos de assistência em saúde, apesar de sua importância na promoção de saúde dos indivíduos. (MATTOS, 2004). Segundo Mattos (2003, p. 45), “a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros”.

O estudo da integralidade não é só importante, mas muito necessário para que as políticas de saúde e suas respectivas ações sejam concebidas com qualidade e eficiência e disponibilizem atenção integral e humanizada para a população.

O cuidado, por sua vez, é uma atitude necessária nos serviços de saúde como forma de acolhimento do indivíduo, compreensão de seu sofrimento e de todos os fatores que interferem no seu estado de saúde e provoquem o sofrimento, sendo fundamental a sua prática em detrimento do modelo puramente diagnóstico-curativo frequentemente presente nos sistemas de saúde.

No segundo capítulo o foco da discussão está no campo da Saúde Mental de forma a inserir as questões abordadas no primeiro capítulo nessa esfera da saúde. A partir das Reformas Sanitária e Psiquiátrica é discutido o avanço do modelo de assistência em saúde

mental no Brasil buscando ressaltar as estratégias que vem sendo empregadas para tornar efetiva a prática dos conceitos trabalhados.

A integralidade em saúde mental - com foco nas ações do CAPS – vem pautando esta discussão devido ao fato de este dispositivo de cuidado ser o orientador da rede comunitária de atenção, privilegiando o cuidado integral e a reinserção social dos pacientes e apresentando-se como o eixo central da articulação dos serviços de atenção comunitários.

A Reforma Psiquiátrica impulsiona uma mudança no panorama da saúde mental no Brasil. Apresentam-se modificações no modelo de assistência de forma a conduzir o cenário brasileiro à retirada dos hospitais psiquiátricos como referência hegemônica em saúde mental e a promover um cuidado integral da pessoa com transtorno mental em comunidade.

Um dos grandes desafios para a concretização dos ideais da Reforma Psiquiátrica é a formação de Recursos Humanos para o trabalho na rede comunitária de atenção e, portanto, nesse contexto, destaca-se a importância da análise da percepção dos profissionais dos CAPS sobre a integralidade do cuidado e sua participação em programas de especialização. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005).

Além disso, o pleno funcionamento do CAPS como dispositivo que assegura o cuidado integral é essencial para o avigoreamento de uma política específica de saúde mental que reconheça e respeite os direitos dos sujeitos, que supra suas demandas e que ofereça ações assistenciais e preventivas de forma universal e igualitária, como devem ser as políticas pautadas pela integralidade (MATTOS, 2003).

É importante compreender que o estudo relacionado a portadores de transtornos mentais é de grande relevância, pois a condição destes indivíduos ocasiona um grande impacto na sociedade e por seu transtorno gerar um grande impacto nas suas vidas. Atualmente, os sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes têm grande importância na assistência à saúde mental - tendo em vista sua relevância social e econômica para sociedade – e, sendo assim, os serviços de saúde mental, em especial os de base comunitária como o CAPS, vêm sendo especialmente moldados visando o atendimento destes. (RUGGERI et al, 2000). Desta forma, propõe-se discutir a forma pela qual estes portadores de TMSD estão sendo tratados nestes dispositivos cujo foco da atenção deve ser voltado justamente para esta população e analisar como é oferecido este cuidado no CAPS e se corresponde ao mesmo descrito na literatura como adequado para o alívio do sofrimento destes indivíduos.

No terceiro capítulo aborda-se a constituição da rede de saúde mental no Rio de Janeiro, é descrita a metodologia da pesquisa e o resultado das entrevistas realizadas com os

profissionais do CAPS Ernesto Nazareth, no Rio de Janeiro. Este material embasa a discussão sobre a Integralidade em um dispositivo de atenção comunitária, objeto do estudo desta monografia.

## 2 INTEGRALIDADE E CUIDADO

### 2.1 A INTEGRALIDADE E A REFORMA SANITÁRIA

Na década de 1970 a saúde vivia uma situação alarmante no Brasil, fruto do descaso de governantes durante o regime militar para com as políticas públicas do país que provocou investimentos muito precários na área da saúde neste período, além do alastramento de doenças e condições precárias de saneamento. Havia, portanto, indignações por parte da sociedade e tentativas de resposta por parte dos governantes. No âmbito social havia insatisfação com os serviços públicos e com as situações econômicas instaladas: precariedade do trabalho, índices elevados de miséria absoluta e falta de recursos, que afetavam o bem-estar da população e exigiam maior atenção para a saúde dos indivíduos. Este contexto de insatisfação, associado à crise iminente do governo militar – com conseqüente abertura do governo e estratégias de desenvolvimento social que possibilitaram a expansão de movimentos sociais – levou à consolidação do movimento sanitário que se organizava pela luta da saúde como um direito de todos e pela integração das ações de saúde num único sistema. (BAPTISTA, 2007).

Como resposta a estas condições o governo instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975. Criado durante o regime militar no Brasil, tratava-se de um sistema polarizado cuja lógica organizacional dividia-se entre ações assistenciais providas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as políticas voltadas à saúde da população ficavam a cargo do Ministério da Saúde (MS). Esta forma dicotomizada de atenção à saúde privilegiava claramente o modelo curativo em detrimento do preventivo. Apesar da existência de um sistema de saúde, a garantia do direito à saúde e uma efetiva política de proteção social só se consolidaria com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando se instituiria o SUS. (FERREIRA, 2007).

A Reforma Sanitária estava dotada de ideais que pretendiam tornar o conceito de saúde mais amplo, sendo vista para além da mera ausência de doença. A saúde passou a ser concebida como o conjunto de fatores que promovem o bem-estar do indivíduo, sendo resultante das condições desses fatores. Além disso, pregava-se a mudança do modelo assistencial pautado na racionalidade médica hegemônica, centrado exclusivamente na doença e sua cura. Com esta prática posta em questão, aponta-se para a saúde como fruto de um processo de produção social. Em 1986 é proposta a dissociação do Ministério da Saúde da Previdência Social e a criação do SUS, cujos princípios e diretrizes deveriam pautar as

políticas e ações de saúde. Sua instituição constitucional se deu em 1988, garantindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e visando a consolidação de um sistema de saúde único e integrado. (BAPTISTA, 2007).

A instituição do SUS girava em torno de proposições para uma nova lógica de assistência à saúde: a saúde é um direito de todo cidadão; os serviços de saúde devem estar integrados num único sistema; a gestão das ações em saúde devem ser descentralizadas e deve haver participação social nas ações de saúde e controle social das mesmas, asseguradas pelo Estado. Tais proposições vieram a se concretizar como princípios do SUS, que podem constituir duas vertentes: princípios doutrinários, que representam valores a embasarem o SUS – e que podem ser denominados apenas princípios por alguns autores – e princípios organizativos, os quais representam as estratégias para consolidar os valores desejados para o SUS – e que podem ser denominados diretrizes. Os princípios doutrinários são a universalidade; a integralidade; e a equidade, enquanto os organizativos são descentralização; hierarquização e regionalização; e participação social. Dentre os princípios do SUS mencionados, o princípio doutrinário da Integralidade da atenção será sob o qual nos debruçaremos para contemplar a discussão da Integralidade em saúde mental. (MATTA, 2007).

Atualmente, a atenção à saúde no Brasil se estabelece sobre pilares que teoricamente encaminhariam os serviços assistenciais para a concretização de um autêntico sistema de saúde integrado. Na prática, entretanto, são poucos os serviços e os mecanismos que estabelecem cooperação e integração necessárias para satisfazer as necessidades de saúde de uma população, especialmente quando estes pilares não se concretizam nas práticas de saúde. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Um dos pilares mencionados - os quais se articulam para a formação de um sistema de saúde único - é a integralidade da atenção. No bojo da discussão ainda da Reforma Sanitária a integralidade aparece como bandeira de luta deste movimento representando uma noção norteadora das características desejáveis ao SUS, por contraste das características identificáveis que criticamos.

Integralidade é um termo que ainda possui diferentes designações quando aplicado a diferentes contextos: um primeiro que diz respeito a características de políticas de saúde, no sentido de articular ações preventivas e assistenciais – ofertando atendimento integral; outro relacionado a aspectos da organização dos serviços de saúde e um último voltado para ações práticas em saúde que se pautam na integralidade. (MATTOS, 2004). Há que se ressaltar que

qualquer serviço de saúde para ser concebido como qualificado e prestar ações de saúde desejáveis deve articular as três dimensões acima atribuídas à integralidade.

Diferentemente do antigo SNS, o SUS foi idealizado para articular medidas assistenciais com medidas preventivas, dando ênfase a estas últimas e buscando a unificação dos serviços que eram fornecidos de forma fragmentada pelo INAMPS e pelo MS, de forma a privilegiar, portanto, a integralidade das ações de saúde. (BAPTISTA, 2007).

## 2.2 INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A instituição do SUS modificou os ideais e os arranjos institucionais, o que não significa, necessariamente, que se tenha adotado novas práticas nos serviços de saúde. A dificuldade de articulação entre ações assistenciais e preventivas, como exemplo, ainda é prevalente nos serviços. Essa dificuldade se dá pelo distanciamento de ambas no âmbito da atenção à saúde. As ações assistenciais se dão a partir da procura do indivíduo por acolhimento por este ter passado por um estado de sofrimento. Essa procura é o que se chama “demanda espontânea” e sua construção se dá socialmente, mesmo que a assistência prestada vincule-se – e de fato assim o é – a uma experiência individual de sofrimento. E o distanciamento encontra-se neste aspecto, ao passo que as ações preventivas, por sua vez, se dão antecipadamente à experiência de sofrimento do indivíduo. Desta forma os serviços preventivos são oferecidos de forma a buscar a modificação de um quadro social da doença, podendo vir a modificar futuras demandas por serviços de assistência. Neste sentido, os profissionais, através de seus conhecimentos, antevêm um possível estado de sofrimento e aplicam medidas que evitem que o sofrimento seja gerado. (MATTOS, 2004).

Neste âmbito, a integralidade está expressa na capacidade do profissional de saúde de atender à demanda espontânea do sujeito com medidas assistenciais e, além disso, compreender as necessidades que extrapolam a “demanda espontânea” e encontram-se silenciadas, ofertando, neste momento, ações preventivas. Não se trata, entretanto, de pôr em prática rotinas simplistas e pré-concebidas; deve-se compreender o contexto no qual essas ações preventivas devem ser ofertadas. Uma prática de integralidade deve ser capaz de identificar o que causa o sofrimento no indivíduo que procura um serviço de saúde e deve contar com um olhar atento do profissional que deve estar preocupado em identificar as outras necessidades de saúde do sujeito e conseguir inserir medidas preventivas nos contextos adequados de cada encontro, preconizando não somente o contexto imediato, mas levando em conta também o contexto de vida de cada um. (MATTOS, 2004).

O alcance da integralidade nas práticas de saúde está condicionado não só a esta articulação entre assistência e prevenção, mas à existência de ações que compreendam as diversas dimensões de produção da saúde e da doença, oferecendo aos indivíduos serviços e estratégias terapêuticas que atendam à diversidade de suas necessidades, focando a ação em saúde no sujeito (MATTA, 2007).

Neste sentido, a integralidade, como conceito e prática em saúde, não pode ser concebida como uma ação única e pré-estabelecida, mas deve abranger dimensões subjetivas da saúde e do indivíduo, tornando-se um conjunto personalizado de ações articuladas e desenhadas de forma a atender todas as demandas de cada sujeito.

A integralidade aplicada às práticas de saúde promove um olhar sobre o sujeito de forma a não reduzi-lo à doença que lhe provoca sofrimento. Se profissionais da saúde detêm um conhecimento sobre as doenças, o sofrimento que elas podem causar e estratégias que podem interferir neste sofrimento, estes devem aliar este conhecimento ao conhecimento sobre os contextos nos quais estão inseridos os indivíduos. Passa-se, desta forma, a construir projetos terapêuticos individualizados, personalizados. E, para além disso, o conhecimento do profissional permite que este identifique necessidades nos sujeitos antes mesmo que elas despertem algum sofrimento e, sendo assim, é possível que estes projetos terapêuticos disponham, ainda, de ações de cunho preventivo. (MATTOS, 2004).

Ora, se falamos em integralidade, falamos do acesso às ações de saúde que contemplem medidas assistenciais e preventivas articuladas e que proporcionem ao indivíduo atenção de acordo com suas necessidades. (BAPTISTA, 2007). Trata-se então da garantia à população do acesso a tais serviços. Neste ponto faz-se necessária a discussão de outros dois elementos relacionados à integralidade: o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

O acesso pode ser considerado uma categoria-referência à qual todos os serviços de saúde deveriam dirigir sua atenção. E associado à categoria acesso encontra-se a dimensão da descentralização dos serviços de saúde, condição para melhorar o acesso, já que ao descentralizar os serviços, teoricamente, permite-se maior acesso da população a estes. (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

Muitas são as divergências ao caracterizar o conceito acesso. Diversos autores diferem quanto às dimensões que compõem tal conceito e diferem ainda quanto à terminologia utilizada, alguns preferindo o termo acessibilidade em detrimento de acesso. Apesar das discordâncias, vale apontar os pontos comuns às variadas definições. O acesso é predominantemente visto como característica da oferta dos serviços, sendo analisado a partir de seu impacto na saúde e da adequação do cuidado oferecido.

A categoria acesso está relacionada à participação da população na gestão dos serviços de saúde (acesso às políticas administrativas em contraposição à antiga burocracia), acesso às ações de saúde providas pelos serviços, mas, além disso, e talvez acima de tudo, é constituída pelas características dos serviços e recursos de saúde que possibilitam ou impedem seu uso.

O acesso abrange dimensões políticas, administrativas, geográficas e sociais, referindo-se não só apenas à facilidade ou dificuldade de entrada do usuário no serviço, mas também às condições que possibilitam ou não sua continuidade neste mesmo (passagem pelos diversos níveis de atenção) e a adequação de estratégias, tecnologias e dos profissionais dos serviços às necessidades do indivíduo no tempo adequado.

Trata-se, portanto, de uma categoria de extrema importância para a concretização de práticas pautadas pela integralidade. Por esta razão diversos modelos tecno-assistenciais vêm sendo explorados para garantir um acesso melhor aos serviços de saúde.

A pirâmide sempre foi o modelo mais desejado de organização dos serviços de atenção à saúde. Esse modelo, entretanto, coloca os hospitais no topo e hierarquiza todos os serviços, o que designa um modelo baseado em certa racionalidade hegemônica. A porta de entrada desse modelo seriam os serviços de atenção básica, que ficam na base da pirâmide. Entretanto, são tantos os empecilhos e limitações para conseguir entrar num serviço que atenda às necessidades de cada indivíduo, que estes acessam os serviços pela “porta” que mais lhes convém. Isso acarreta uma superlotação em urgências de hospitais, por exemplo, e atendimento inadequado para a população, já que muitos dos problemas apresentados pelos usuários poderiam e deveriam ser rapidamente resolvidos nos serviços básicos, com equipe e instrumentos especializados neste tipo de atendimento. (CECILIO, 1997).

Ora, esse fato acarreta uma quebra nas práticas de integralidade, visto que os serviços encontram-se “soltos” dentro do sistema, sem estabelecerem articulações entre si e a população muitas vezes não recebe o atendimento adequado nos serviços aos quais recorreu como porta de entrada.

Por tais motivos o modelo que se propõe como mais eficiente é do sistema de saúde concebido como um círculo. Nesse caso, todos os espaços constituintes do sistema de saúde deveriam ser portas de entrada, promovendo acolhimento dos indivíduos e identificando quais os grupos de risco para, a partir daí, organizá-los para receberem o atendimento mais adequado para cada caso. (CECILIO, 1997).

Essa nova concepção de modelo de sistema de saúde possibilitaria uma prática de atenção à saúde integral, com acolhimento de todos os indivíduos e atendimento de suas necessidades da forma mais adequada. Além disso, quebrar-se-ia a visão hegemônica do

hospital como referência de atenção à saúde e a população reconheceria os outros serviços ambulatoriais como alternativas mais apropriadas.

Evidentemente a concepção de integralidade envolve uma integração entre os serviços e entre estes e os atores constituintes dos mesmos (incluindo aí tanto profissionais quanto usuários), partindo do pressuposto que nenhum serviço por si só dispõe de recursos para atender às necessidades do indivíduo por completo, exigindo um fluxo pelo sistema de saúde de forma coordenada e integrada, para, então, permitir uma atenção integral.

A integralidade, portanto, – em contraposição à seleção – apresenta-se, em uma de suas dimensões, como a mudança do foco das intervenções, deixando este de ser a doença e centrando-se o cuidado no indivíduo, com a extinção, também, do reducionismo biomédico pautado na remissão dos sintomas. (ALVES; GULJOR, 2004).

### 2.3 O CUIDADO COMO UMA DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE

Cuidado é um termo que designa uma das principais demandas da população ao buscarem atenção no serviço de saúde. Trata-se de uma demanda por uma ação integral e, neste momento, cabe dar atenção à substituição do termo “tratar” pelo termo “cuidar”, que de certa forma se contrapõem a partir de uma visão pautada pela integralidade das práticas e conceitos de saúde. O termo “tratar” denota a simples ação de reverter o diagnóstico do paciente, de aplicar à prática conhecimentos técnicos e científicos que para a ciência provaram-se eficazes em reverter situações anômalas no organismo biológico e psíquico do indivíduo. Em contrapartida, o termo “cuidar” refere-se à visão do paciente como um todo, como sujeito social com projetos de vida próprios e implica a oferta de atenção às mais diversas demandas que este possa apresentar. (ALVES, 2001).

Desta forma, não mais se fala em tratamento e sim em cuidado. Os serviços de saúde devem oferecer cuidado à população e, devendo suas ações ser pautadas pela integralidade, cabe a estes oferecer cuidado integral.

O modelo biomédico hegemônico, pautado no diagnóstico e na busca pela cura, frequentemente não dá espaço à escuta do indivíduo. Essa falta de espaço impede que o sujeito exponha seu sofrimento, sofrimento este que o motivou a buscar acolhimento e cuidado num dispositivo de atenção à saúde. Trata-se ainda – o cuidado - de uma perspectiva ampliada de ver o indivíduo, transcendendo a dualidade corpo-mente, e enxergando o sujeito para além de um portador de alguma doença ou de algum sofrimento físico. (VALLA; LACERDA, 2004).

O cuidado está pautado neste contexto de ampliação da compreensão do processo de adoecimento e sofrimento, não mais restringindo o sofrimento à dimensão física do indivíduo, mas partindo para a investigação das diversas situações nas quais estes indivíduos estão inseridos e que possam imprimir sentimentos de medo, angústia, depressão e ameaça à sua integridade.

Diante do sofrimento do sujeito, o enfrentamento do problema – em contraposição ao modelo puramente diagnóstico – torna-se o “novo” determinante da conduta terapêutica. Para além de intervenções pautadas num padrão que se estabelece através dos sintomas apresentados, torna-se pertinentes formulações terapêuticas individuais e personalizadas, com vistas ao contexto não só biológico, mas também sócio-econômico-cultural que influenciam no sofrimento do indivíduo. (ALVES; GULJOR, 2004).

Neste sentido, são intrínsecas ao cuidado algumas características que o diferencia e o torna praticamente adverso ao modelo biomédico racionalista hegemônico. Estas características vão desde o deslocamento do foco das intervenções da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes até a promoção da autonomia do sujeito sofredor, passando pelo deslocamento da centralidade na doença para a centralidade no indivíduo e seus contextos na sociedade. Também se inclui nessas características a prática da percepção de cada sujeito como um caso singular, subjetivo e portador de um sofrimento único que necessita de um cuidado personalizado, desvinculado de um padrão pré-estabelecido e baseado nas suas experiências e nos fatores que desencadearam tal sofrimento. (LACERDA; VALLA, 2004).

Sob a perspectiva do cuidado, da centralidade no sujeito sofredor, a pessoa não é mais vista apenas como um ser portador de sintomas e sim um ser que apresenta necessidades em suas mais distintas dimensões. Cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Não é apenas uma atenção momentânea, mas é a demonstração de uma intenção de oferecer acolhimento, de ocupar-se do outro, de preocupar-se e debruçar-se sobre seu sofrimento, buscando aliviá-lo. O cuidado implica uma atitude de responsabilização, de ser capaz de responder a certa situação. (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

O cuidar, ao contrário do tratar não deve ser restringido à busca pela cura da doença; o cuidado não é uma simples técnica para reverter um “quadro anormal”. Cuidar é tomar para si a responsabilidade com o outro, enxergando-o como um indivíduo complexo e resultado de fatores sociais, econômicos e culturais que produziram neste uma história de vida, com a qual está marcado. Cuidar, portanto, exige do cuidador uma relação com o sujeito que promova

certo envolvimento e implica a construção de projetos não só de intervenção terapêutica, mas projetos de vida. (YASUI, 2007).

Sendo assim, tomamos o cuidado sob a seguinte premissa: pode não ser possível curar, mas isso não impede e não torna menos necessário cuidar dos sujeitos sofredores. (VALLA; LACERDA, 2004).

### 3 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

#### 3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A BUSCA PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A concepção da saúde mental, do limiar entre sanidade e loucura e da psiquiatria vêm sendo modificada a partir da busca pela ampliação da visão sobre o homem no espaço. Essa mudança permite conceber o indivíduo como um ser que se relaciona com os elementos à sua volta e cujas relações se refletem no seu estado biológico, psíquico, emocional.

A psiquiatria começa a se consolidar no Brasil no início do século XIX e consigo se estabelecem as práticas de tratamento já exercidas na Europa, que se baseavam nos critérios básicos de exclusão e segregação. Os hospitais psiquiátricos eram marcas das práticas psiquiátricas, em que o isolamento era a estratégia terapêutica empregada. O hospício surge com Jean Tenon, onde a base teórica de sua estratégia foi derivada do comportamento de Pasteur com relação às bactérias, na sua descoberta: “É preciso isolar para conhecer e conhecer para intervir”. (ALVES, 2001). Este modelo hospitalocêntrico, no entanto, tornava-se muito ineficaz na elaboração de estratégias de intervenção, uma vez que a Psiquiatria por si só enquanto racionalidade científica não é capaz de atender às necessidades dos portadores de transtornos mentais.

No Brasil este quadro começa a mudar com a Reforma Psiquiátrica, cujas bases sociais para seu desenvolvimento estão na reivindicação de minorias discriminadas e privadas de sua cidadania associada à formação de bases sindicais e ao reconhecimento de direitos – como a garantia à saúde como direito de cidadão e dever do Estado – na Constituição de 1988. (FERREIRA, 2007).

Com influências do modelo comunitário psiquiátrico americano e da bem sucedida Psiquiatria Democrática Italiana, a partir da década de 1970, com a notável intensificação do debate sobre direitos humanos no Brasil, começam a ser denunciadas condições desumanas e a superlotação dos hospitais psiquiátricos, sendo propostas mudanças no modelo assistencial em saúde mental. Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde foram apresentadas denúncias de violência, maus tratos e condições desumanas à que eram submetidos os pacientes internados em hospícios. Sob as influências externas e pressões internas mencionadas exige-se a consolidação de mudanças efetivas propostas pela Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um processo social complexo, marcado pelo movimento de transformação da assistência em saúde mental. As ações que vem ocorrendo desde a década de 1970 constituíram um conjunto de críticas ao manicômio e ao totalitarismo das instituições psiquiátricas e afirmaram-se como um movimento social que buscava implantar novas formas de produção de cuidado em saúde mental. É um movimento que compartilha ideais, dilemas e desafios com a Reforma Sanitária, estabelecendo estreito vínculo com o contexto histórico e social no qual está inserida. (YASUI, 2007).

A crítica ao modelo hospitalocêntrico foi um dos maiores impulsos para o movimento, com denúncias a maus tratos nos manicômios e a ruptura de antigos paradigmas que fundamentavam o saber psiquiátrico e a assistência aos portadores de transtornos mentais. A questão central da Reforma Psiquiátrica está no rompimento do modelo hegemônico e hospitalocêntrico de produção de saberes e práticas que fundamentam a psiquiatria e que se baseia no isolamento, na exclusão, na disciplinarização e se traduzem através, principalmente, dos manicômios. (YASUI, 2007).

Os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira são acompanhados dos desafios na saúde como um campo mais amplo, presentes na Reforma Sanitária e na criação do SUS, de mudança do modelo assistencial pautado na racionalidade médica hegemônica, centrado exclusivamente na doença e sua cura. Com esta prática posta em questão, aponta-se para a saúde como fruto de um processo de produção social, e, segundo tal visão, as ações de saúde deslocam o foco da doença para o indivíduo como um ser que estabelece relações na sociedade e preza-se a promoção da saúde e a qualidade de vida.

Esse eixo da Reforma Psiquiátrica em consonância com a Reforma Sanitária se pauta essencialmente na integralidade: o isolamento como intervenção terapêutica é condenado e o cuidado ao indivíduo portador de transtorno mental deve passar não só pela reversão do diagnóstico, mas deve adotar um olhar integral ao paciente e atentar para todas as necessidades que este possa apresentar, sejam elas biológicas, psíquicas, sociais, familiares e etc.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, abrange certas premissas fundamentais: liberdade em contraposição ao isolamento, integralidade da atenção, enfrentamento do problema em contraposição ao modelo diagnóstico-curativo, a questão do direito, singularidade e subjetividade de cada situação. (ALVES; GULJOR, 2004). Deve ser vista, então, não apenas como uma transformação das instituições que oferecem serviços em saúde mental, mas como um processo muito mais complexo no qual se estabelece o compromisso de criar um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico do indivíduo, buscando implantar novos espaços de

vivência da loucura e da produção de relações sociais, além de transformar as concepções e hábitos intolerantes em relação ao diferente, construindo uma ética de respeito ao outro. Busca-se a inserção do sujeito em seu meio social, promovendo sua capacidade de tomar decisões e sua capacidade de autonomia sobre a própria vida, o cuidado integral e a garantia de direitos do indivíduo. (YASUI, 2007).

A questão do direito passa pela promoção de autonomia do sujeito com sofrimento psíquico. Neste sentido, deve se estabelecer a possibilidade do portador de transtorno mental de interferir, concordar ou discordar da estratégia terapêutica que lhe foi recomendada, tornando este participante ativo no seu processo de cuidado e reinserção social.

As primeiras concretizações dos ideais da Reforma Psiquiátrica foram a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental e a reconfiguração do significado do cuidado neste campo.

Na década de 1990 são aprovadas as primeiras leis de substituição progressiva de hospitais psiquiátricos por um modelo assistencial em saúde mental de base comunitária. Há também, nesse momento a grande contribuição da Declaração de Caracas, – que contém recomendações da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) – que determina a fiscalização e classificação de hospitais psiquiátricos e implantação de serviços substitutivos de atenção diária. O ministério da saúde passa assim a redirecionar os recursos de saúde mental aos serviços de base comunitária. Essa medida, entretanto, não foi radical, já que a maior parte dos recursos ainda era destinada aos hospitais psiquiátricos. (BRASIL/ Ministério da Saúde, 2005).

Apesar de intervenções isoladas terem sido feitas no Brasil no sentido da mudança do modelo assistencial em saúde mental desde a década de 1980, quando se implantou o primeiro dispositivo assistencial de base comunitária e em regime diário em saúde mental (o primeiro CAPS) do Brasil, em São Paulo, medidas efetivas e concretas por parte do governo só vieram a se consolidar em 2001, com a aprovação da Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº. 10.216), que estabelece o redirecionamento da assistência em Saúde Mental a partir da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), privilegiando o cuidado de base comunitária.

Desta forma, o cenário atual brasileiro no que diz respeito às políticas de saúde mental apresenta um momento de transição do modelo hospitalar para os modelos de assistência de base comunitária (BRASIL/Ministério da Saúde, 2009), onde vigoram dispositivos articulados cujas ações substituam os hospitais psiquiátricos. Dentre estes dispositivos encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial, planejados estrategicamente para oferecer

cuidado integral aos indivíduos que apresentam demandas específicas no âmbito do seu território determinado – entendendo território para além de suas dimensões geográficas, delimitado por um conjunto de formas culturais e sociais e modos de vida que caracterizam essa população.

O processo de desinstitucionalização aliado à redução de leitos hospitalares é fundamental na transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo assistencial em comunidade.

### 3.2 OS CAPS: DISPOSITIVOS ESTRATÉGICOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Uma importante estratégia de transformação na assistência em saúde mental se transcreve no CAPS. Os CAPS possuem um valor estratégico dentro da rede de cuidados comunitária, funcionando como um organizador da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais. A missão central envolvida na implantação dos CAPS é a desinstitucionalização. Para tanto estes devem ser entendidos, principalmente, como um modo de operar o cuidado, um conjunto de estratégias e não meramente um estabelecimento de saúde. (LEAL; DELGADO, 2007). Estes dispositivos são responsáveis por prestar serviços diários de atenção aos portadores de transtornos mentais, o que diminui as necessidades de internações hospitalares; são o centro promovedor da reinserção social dos pacientes e dão suporte à rede básica de atenção à saúde. Os CAPS realizam acompanhamento clínico e articulam o cuidado do paciente com outros setores da rede - como hospitais gerais e ambulatorios - elaborando conjuntamente a estes uma estratégia terapêutica eficiente para cada indivíduo e fornecendo os elementos necessários ao convívio do paciente em seu meio social: acesso a trabalho, lazer, cultura, diversão e convívio social.

Os CAPS devem se constituir como dispositivos de atenção no território. Território é um conceito orientador essencial para conceber uma rede articulada de serviços comunitários. O conceito de território extrapola o sentido de área geográfica, já que se trata de um conceito muito mais subjetivo; um espaço humano onde há relações sociais, vínculos estabelecidos e onde as iniciativas e serviços constituem uma rede de cuidados e inclusão social.

É preciso, então, considerar uma noção de território que abranja não apenas as delimitações político-administrativas de um local, mas de um território que oriente esta rede em direção aos diversos espaços da cidade quando entendido amplamente como o conjunto de condições culturais e socioeconômicas, bem como o cotidiano, as pessoas, serviços e

instituições nele presentes. A base territorial, desta forma, definirá em parte o perfil de uma determinada localidade a fim de tornar possível a construção de uma rede de cuidados personalizada de acordo com as demandas que ali se apresentem.

A portaria que institui a implantação dos CAPS nos municípios brasileiros é a portaria nº 336 que entrou em vigor no ano de 2002 e que determina que essa implantação configure-se a partir de critérios pautados principalmente pela noção de território e de acordo com o perfil populacional do município, sendo caracterizados como dispositivos extra-hospitalares integrantes da rede de atenção comunitária substitutiva ao hospital psiquiátrico cuja incumbência é ser o eixo articulador desta rede.

Sua “missão” seria oferecer assistência diária à população de forma a proporcionar a reinserção social dos indivíduos e colaborar para a diminuição da taxa de rehospitalizações, organizando e articulando a rede comunitária de saúde mental (BRASIL/Ministério da Saúde, 2008).

Estabeleceram-se nesta portaria três modalidades distintas de CAPS, sendo todos estes, em primeira instância, serviços ambulatoriais de atenção diária capacitados a atender uma clientela específica de portadores de transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial delimitada: CAPS I, CAPS II e CAPS III, cuja diferença principal encontra-se no porte e abrangência, o que demonstra que perfil populacional é um grande orientador no processo de planejamento da rede de atenção à Saúde Mental e na implantação dos CAPS.

O CAPS I é definido como o serviço de atenção psicossocial que deve ser implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Suas capacitações definidas na Portaria incluem, além do atendimento médico, atividades terapêuticas, de suporte e inserção social, visitas domiciliares, dentre outras ações calcadas na integralidade. Importante notar que municípios com população inferior a 20.000 habitantes não são previstos como possíveis locais de implantação de CAPS, ficando a responsabilidade de atenção à saúde mental nestes municípios a cargo dos serviços de Atenção Básica.

O CAPS II, por sua vez, se diferencia basicamente em questão de porte e abrangência, sendo adequado para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e tendo as mesmas capacitações apresentadas para o CAPS I.

O CAPS III, serviço de maior porte e abrangência e planejado para municípios com população acima de 200.000 habitantes, apresenta, entretanto, algumas especificidades não encontradas nos anteriores. Apesar de suas capacitações serem as mesmas do CAPS I e II, este dispositivo dispõe de leitos noturnos que possibilitam rápidas internações para observação e acompanhamento. Além disso, sua disponibilidade é de 24 horas por dia,

inclusive em finais de semana e feriados, enquanto os outros devem prestar serviços apenas das 8 às 18 horas.

Existem, além das três modalidades de CAPS apresentadas, duas modalidades diferenciais: o CAPSi e o CAPSad. O primeiro trata-se de um serviço de atenção a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, cujo foco implica um serviço articulado não somente com as outras instâncias de saúde mental, mas também as instâncias sociais e políticas<sup>1</sup>, como assistência social, educação e justiça. Já o CAPSad é um serviço de atenção psicossocial a indivíduos que apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É planejado para municípios com mais de 70.000 habitantes, oferece atendimento de desintoxicação portando de dois a quatro leitos para tal e deve ser articulado com o Conselho Municipal de Entorpecentes – além dos outros serviços habituais a que deve estar articulado. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005).

O advento da desinstitucionalização trouxe a necessidade de redefinir a população à qual seria provido cuidado pelos serviços, visto que emerge nesse contexto novos eixos de tratamento.

Foi estabelecido na portaria que a clientela específica do CAPS deveria ser constituída por portadores de TMSP. É evidente que essa definição funciona apenas como orientadora para a seleção da clientela alvo dos CAPS, já que é um conceito bastante específico e restrito, não correspondendo exatamente à clientela atendida – que é constituída por indivíduos que, em decorrência de seu transtorno mental apresenta grande comprometimento clínico e social independente de atenderem aos critérios para diagnóstico de TMSP. No entanto, por ser a denominação utilizada pela portaria que institui o CAPS, será feito uso, neste trabalho, do conceito de transtornos mentais severos e persistentes para classificar os usuários dos CAPS.

A seleção de critérios para identificação de indivíduos com transtorno mental severo e persistente é uma tarefa difícil, cuja dificuldade leva à falta de um consenso mundial acerca dos critérios usados para tal. Por essa razão, diversos autores formulam seus respectivos critérios para diagnosticar um TMSP. Levamos em conta, entretanto, que a terminologia utilizada na portaria foi derivada do conceito proposto pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH), o qual possui a definição mais aceita e representativa atualmente: *Several Mental Illness*. Esta definição baseia-se em três critérios para

---

<sup>1</sup> A intersectorialidade e a articulação com outros serviços devem ser contempladas em todos os serviços e ações de saúde, não somente no CAPSi. Porém, a portaria nº 336 apenas explicita tal questão na descrição deste dispositivo específico.

diagnóstico<sup>2</sup>: diagnóstico de psicose não-orgânica (funcional)<sup>3</sup> ou distúrbio de personalidade; histórico de dois anos ou mais do transtorno mental ou de curso de tratamento e incapacidade/disfunção, sendo este último critério medido através do *Global Assessment of Functioning* (GAF). O GAF trata-se de uma escala numérica (de 0 a 100) na qual uma pontuação menor ou igual a 50 indica incapacidade grave, com grande severidade dos sintomas ou grande dificuldade no meio social e ocupacional, e pontuações menores ou iguais a 70 representam indivíduos com incapacidade moderada. Dentre as incapacidades apresentadas por indivíduos que se adequam a esta definição apresentam-se comportamento social que demanda intervenção por serviços de saúde mental, moderado comprometimento das atividades diárias, moderado comprometimento das relações sociais, moderado comprometimento do desempenho no trabalho e moderado comprometimento em outras atividades. (RUGGERI et al, 2000).

Ainda no que diz respeito aos CAPS e sua organização, estes dispositivos contam com equipes de 9 a 16 profissionais (dependendo do seu perfil) interdisciplinares de nível médio e superior que atuam em diferentes áreas, tais como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005). Assim sendo, trabalha-se intensamente com a interdisciplinaridade, onde psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e tantos outros profissionais possam estabelecer uma relação entre si, trocando informações e planejando estratégias que ofereçam ao paciente um cuidado integral. A interdisciplinaridade associada à intersetorialidade – que se estabelece na comunicação, troca e trabalho integrado dos diversos serviços de saúde mental que atendem determinado território – promovem um cuidado pautado pela integralidade. Uma rede coordenada e bem planejada permite que os pacientes circulem pelos diversos dispositivos e serviços oferecidos sempre buscando a continuidade da atenção. Apesar de mais dispersa que o modelo de hospitais psiquiátricos, a rede comunitária é mais integrada à comunidade. (ALMEIDA; GONZÁLEZ, 2005).

A possibilidade do envolvimento e participação dos familiares no curso das intervenções clínicas e psicológicas nos indivíduos é um fato recente e de grande importância. Recente porque se deu à medida que se progredia a desinstitucionalização, em que os sujeitos internados em manicômios durante um longo período voltavam à viver em comunidade – alguns com familiares, outros não – recebendo cuidado da rede comunitária de assistência que aos poucos se consolidava. Nesse contexto de desinstitucionalização psiquiátrica aumenta a

---

<sup>2</sup> Por decorrência de uma variada gama de definições, não há um consenso se diagnóstico, incapacidade e duração devem ser pesados igualmente ou se deve haver prioridade para algum critério.

<sup>3</sup> Compreendem os transtornos de F20 a F29 do Código Internacional de Doenças – 10 (CID-10): Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes.

participação da família no cuidado ao sujeito sofredor, já que, com a instituição psiquiátrica perdendo sua primazia no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais a família se torna principal provedora de cuidado e apoio a este, junto aos serviços de base comunitária.

Neste processo, houve uma maior valorização do papel importante que a família exerce no cuidado do paciente, levando à diminuição do estigma a que eram submetidas e ao menor distanciamento dos profissionais da saúde da família por conta do enfraquecimento da teoria culpabilizante das famílias. Ao mesmo tempo, aumentaram-se as dificuldades a serem enfrentadas no dia-a-dia pelos familiares, acarretando a sobrecarga familiar. (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

A sobrecarga familiar pode ser entendida como as conseqüências negativas provenientes exclusivamente da existência de um indivíduo com transtorno mental na família. Esta sobrecarga implica que o familiar abdique de vontades próprias e as coloque em segundo plano. Essas conseqüências podem ser concretas e observáveis, como perda financeira e perturbações na rotina ou podem envolver a percepção pessoal e as reações do familiar sobre a situação, como tensão psicológica, tristeza, e outros sentimentos de fundo emocional e psicológico. (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Sob a lógica do cuidado integral e com o novo panorama no que diz respeito aos familiares, os serviços de base comunitária devem prover orientação, informação (sobre o transtorno e sobre as possibilidades de intervenção) e suporte à família do usuário, promovendo continuamente sua participação no processo de desinstitucionalização e programas de suporte familiar, ensino de estratégias de enfrentamento adequadas e intervenções psicoeducativas, que diminuem a sobrecarga e melhoram a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares.

A sobrecarga familiar apresenta, portanto, grande relevância uma vez que está diretamente relacionada ao condicionamento psíquico e social do indivíduo com transtorno mental e apresenta grandes impactos sobre a saúde dos familiares. Estes impactos vão desde as condições socioeconômicas que podem ser afetadas até a origem de novos transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade, por exemplo.

Desta forma, ressalta-se a importância da focalização da sobrecarga familiar nos serviços de atenção em saúde mental – em especial nos CAPS – uma vez que estratégias de enfrentamento e suporte familiar oferecidos por estes dispositivos levam à diminuição da sobrecarga familiar, contribuindo para diminuição do estigma, melhoria da qualidade de vida, melhor adesão dos indivíduos às intervenções e funcionam como estratégias de prevenção em

saúde mental, à medida que evitam que novos indivíduos sofram de um transtorno mental em decorrência do peso da sobrecarga familiar.

### 3.3 O CUIDADO INTEGRAL NA REDE COMUNITÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Com o advento de um novo modelo de assistência em saúde mental o foco das intervenções deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo social portador de transtorno mental. Desta forma a finalidade das intervenções também é modificada: não mais se busca a remissão dos sintomas, mas a compreensão das necessidades de saúde do sujeito e seu suprimento e, conseqüentemente, as estratégias, saberes e práticas aplicados se adaptam ao novo modelo. (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

A Política Nacional de Saúde Mental de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, visa proporcionar ações territoriais e integradas, em saúde mental, que possibilitem acompanhamento adequado, inserção social, qualidade da atenção e acesso através de uma rede de atenção à saúde mental (ver Figura 1) que atenda a critérios como boa cobertura (presença efetiva de serviços), boa articulação com os serviços de saúde, disponibilidade de leitos de atenção integral, ações qualificadas na atenção primária e intersetorialidade nos serviços. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2009).

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Figura 1 – A rede comunitária de atenção à saúde mental e o CAPS como articulador estratégico desta.

Fonte: BRASIL/Ministério da Saúde, 2005, pág. 24

Os objetivos principais de um programa de atenção comunitária a pessoas com transtornos psicóticos são interferir e influir nas políticas de saúde dos países onde são implantadas, para, desta forma, alcançar a redução da prevalência não tratada, diminuir os riscos de recaídas, permitir que o indivíduo possa permanecer na comunidade durante seu tratamento e reabilitação e promover a reinserção deste indivíduo na sociedade, permitindo-lhe exercer habilidades de comunicação e estabelecimento de relações sociais. (ALMEIDA; GONZÁLEZ, 2005).

A essência do cotidiano do CAPS é produzir cuidado. Este cotidiano, seguindo o propósito de fazer destes CAPS um dispositivo de desinstitucionalização, deve ser aberto o suficiente para considerar o cotidiano do paciente como sua forma particular de existência traduzida segundo sua própria realidade.

O propósito das atividades oferecidas num serviço promotor de cuidado a indivíduos com transtornos graves deve ser estabelecer um lugar onde estes indivíduos possam

experienciar outras ligações com o mundo, outras vivências e conexões com o ambiente que se contraponham às experiências de exclusão e isolamento às quais estava submetido. Além disso, as atividades exercidas no serviço não podem se esgotar em si mesmas, devendo ganhar sentido ao serem articuladas com o cotidiano fora dele. (LEAL; DELGADO, 2007).

Uma questão ainda intrínseca ao modelo comunitário de assistência é a inclusão social de indivíduos com transtornos mentais, – principalmente de egressos de hospitais psiquiátricos – que é um dos principais objetivos da rede comunitária de assistência e do CAPS em particular. Acredita-se que se o cuidado se der no meio social do paciente, com o apoio da família, amigos e da própria equipe de saúde mental a qualidade de vida deste passa a ser muito melhor e seu prognóstico muito mais favorável. Portanto, além dos serviços de saúde propriamente ditos, investe-se nos serviços promotores de inclusão social como programas de inclusão por meio do trabalho e os Centros de Convivência e Cultura. Neste programas visa-se oferecer aos indivíduos momentos de criação de vínculos sócio-afetivos, de produção e expressão cultural e artística, funcionando como dispositivos extra-hospitalares e com tão grande importância quanto os dispositivos terapêuticos.

A clínica dos CAPS, portanto, pode se definir como uma clínica que diz respeito ao cuidado, resultante da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico do indivíduo. Nesta perspectiva da clínica, esta relação ganha papel central uma vez que é desta articulação serviço-comunidade-sofrimento psíquico que se produz a intervenção. (LEAL; DELGADO, 2007).

Cabe salientar que não trata-se aqui de considerar a rede comunitária de saúde mental uma utopia concretizada. Os serviços que constituem essa rede ainda apresentam dificuldades, desafios e limitações; e o aumento progressivo de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico não diz respeito, necessariamente, à eficiência e qualidade dos mesmos.

Muitas das vezes o cuidado proporcionado por estes serviços é precário, infrequente, passivo e de curta duração; afinal o que é “prescrito” como missão de um serviços nem sempre se concretiza. A articulação, integração e coordenação de todos os serviços necessários na rede de assistência em saúde mental para atender às demandas da população nem sempre é conseguida de maneira satisfatória, seja por falta de recursos destinados à rede ou por quaisquer outras dificuldades apresentadas pelos gestores de tais serviços. (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Por outro lado, observamos que iniciativas do governo para a consolidação de uma rede comunitária de assistência efetiva e inteiramente substitutiva ao hospital psiquiátrico vêm sendo estimuladas e vão desde a aprovação de leis que contemplam a Reforma Psiquiátrica

até a instituição de programas constituintes da rede. Esses programas, e também estratégias, são de fundamental importância para que seja oferecido um cuidado integral à demanda da população.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) é um dos programas do governo e funciona de modo a classificar os hospitais psiquiátricos de acordo com a qualidade de assistência e, aqueles que não atendem às exigências mínimas são descredenciados, eliminando leitos impróprios para o cuidado, atentando, é claro, para não provocar desassistência à população – ou seja, garantindo serviços de base comunitária que atendam à demanda populacional. Desta forma consegue-se melhorar a qualidade da assistência hospitalar ao mesmo tempo em que se promove o fechamento de leitos psiquiátricos. (Brasil / Ministério da Saúde, 2005). Aliado a este está o Programa Anual de Reestruturação à Assistência Hospitalar no SUS (PRH), que direciona a reconfiguração dos portes hospitalares para hospitais de pequeno porte, proporcionando um atendimento de maior qualidade quando comparado aos macro-hospitais. Juntos, esses programas constituem um mecanismo essencial para reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2009).

O Programa de Volta para Casa é outra estratégia para desinstitucionalização, voltada particularmente para egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Trata-se de um programa que visa auxiliar a reinserção social destes indivíduos através da concessão de um auxílio-reabilitação de R\$320,00 mensais<sup>4</sup>. A duração do auxílio é determinada pelo beneficiário junto à equipe de saúde responsável por este que avaliam se o benefício é, ainda, um recurso necessário à reintegração social do paciente. Este programa auxilia não só monetariamente, mas estimula a produção da autonomia do paciente, que se vê responsável por seus bens e exercita seus direitos civis e sua cidadania. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005).

Ainda como programas estratégicos da rede comunitária encontram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os SRT têm o papel de acolher e oferecer moradia à portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos – que muitas vezes não possuem o apoio da família ou sequer a família – e mesmo aqueles não egressos de hospitais, mas que necessitam de outra solução de moradia. Tratam-se de casa implantadas no meio urbano e que acolhem no máximo 8 moradores, garantindo-lhes abrigo, autonomia de suas

---

<sup>4</sup> Em setembro de 2008 foi publicada uma portaria que reajustava o valor do auxílio-reabilitação de R\$240,00 para R\$320,00 (valor atual). Tal reajuste se deu a partir de reivindicações de participantes do I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa e de beneficiários do programa. A partir de novembro deste mesmo ano o valor reajustado foi disponibilizado. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2009).

ações, direito de ir e vir e onde se dá continuação do longo processo de reinserção social destes indivíduos. Estas residências devem estar sempre articuladas com um CAPS e outros serviços de saúde mental obedecendo a lógica da territorialidade. Apesar de constituírem uma experiência de êxito, esses serviços ainda enfrentam muitos desafios para sua expansão, desafios estes impostos nas esferas políticas, de financiamento mensal das residências e próprias questões sócio-culturais dos moradores, que podem se conflitar. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005).

A Reforma Psiquiátrica pretendia, dentre muitos outros objetivos, instaurar como norte ético a autonomia possível do paciente e dos familiares, deixando de lado os hospitais psiquiátricos e focando no atendimento comunitário, na reabilitação de pacientes dentro da sociedade, favorecendo o curso de seu tratamento. (DELGADO, 2001).

A Rede de Atenção Psicossocial está evoluindo nessa direção, onde o cuidado integral do indivíduo vai muito além de um dispositivo de saúde. A integralidade da atenção é alcançada por meio de ações intersetoriais que abarcam desde políticas de atuação junto à população de rua, promovendo seus direitos sociais, à articulação dos serviços de saúde mental da rede com estratégias de inclusão social e convivência. A intersetorialidade se configura, portanto, como instrumento de reinserção social e econômica dos usuários da rede através de programas como:

- Programa de Inclusão Social pelo Trabalho – resultado de parceria do Ministério da Saúde com o Ministério do Trabalho e Emprego para geração de trabalho e renda para usuários da rede de atenção em saúde mental através de atividades como artesanato, marcenaria, atividades de teatro e vídeo.
- Centros de Convivência e Cultura – representam espaços onde os sujeitos com transtornos mentais – e ainda aqueles em outras situações de risco e vulnerabilidade – podem socializar e onde a promoção da saúde é buscada através de expressões e manifestações artísticas permitindo a criação de suas próprias formas de ser e conceber o mundo.

É nesta rede de cuidado baseada num novo modelo assistencial de base comunitária, retirando o hospital psiquiátrico de seu lugar hegemônico e promovendo a humanização da assistência, que se constitui o novo olhar para os indivíduos portadores de transtornos mentais, onde se busca o cuidado ao invés da cura, levando em conta todos os aspectos complexos, individuais e multidimensionais do sujeito. (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Os CAPS sendo o eixo central da rede de cuidados comunitária articulada e integrada atendem aos postulados de acessibilidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade e, acima de tudo, integralidade. Por serem comunitários, atendem também à perspectiva de territorialidade, agindo e oferecendo serviços a um território definido. (ALVES, 2001).  
Através dessa rede que organiza os serviços clínicos e terapêuticos, situados em *territórios* será possível instituir uma nova forma de atenção a esses usuários que demandam um cuidado no seu sentido mais humano, compreensivo e integral. (PITTA, 2001).

#### **4 O CUIDADO INTEGRAL SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

#### 4.1 A REDE DE ANTECÇÃO À SAÚDE MENTAL NO RIO DE JANEIRO

A implantação de CAPS no Rio de Janeiro tem início na década de 1990. O primeiro CAPS foi instituído em 1996, no bairro de Irajá, privilegiando, inicialmente, os locais com menor disponibilidade de serviços de Saúde Mental. Encontram-se hoje, no município do Rio de Janeiro, 14 CAPS em atividade, dentre os quais 10 CAPS II, 3 CAPSi e 1 CAPSad. Os CAPS estão distribuídos no Rio de Janeiro segundo Áreas de Planejamento (AP), divisões feitas pela Prefeitura onde se estabelecem territórios abrangendo uma população delimitada e onde se instalam os serviços direcionados àquela população e que estão no processo de gestão da Prefeitura. Os CAPS são implantados, portanto, de modo a direcionar suas estratégias à população delimitada por essas AP's. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005).

A instituição dos CAPS no município do Rio de Janeiro promoveu uma evidenciada diminuição da necessidade dos pacientes que ingressaram para tratamento no CAPS de retornarem para internações em hospitais psiquiátricos. (CAVALCANTI et al., não publicado).

A maior parte da clientela dos CAPS II – maioria no município do Rio de Janeiro – apresenta diagnóstico de Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e transtornos delirantes. (CAVALCANTI et al., não publicado). Estes transtornos correspondem às psicoses não-orgânicas ou funcionais, cujo diagnóstico é um dos critérios para caracterização de transtorno mental severo e persistente. A clientela-alvo do CAPS, portanto, é aquela à qual seu cuidado foi direcionado segundo determinação da portaria: portadores de TMSP. Neste sentido, é importante assinalar que a epidemiologia dos transtornos mentais sustenta esse direcionamento para moldar os serviços de base comunitária prezando a assistência aos portadores de TMSP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta dados que apontam que o diagnóstico de psicose (em especial a esquizofrenia) influencia fortemente o número de anos de vida que as pessoas perdem por incapacidade<sup>5</sup>. A OMS ainda realizou estudos em 2000 que apresentaram a esquizofrenia abrangendo 2,8% das enfermidades que causam anos perdidos por incapacidade. Além disso, a prevalência de TMSP – um terço dos diagnosticados com psicoses funcionais – gera grandes impactos tanto nos serviços de saúde, nos gastos públicos, quanto nas relações sociais. Apesar das psicoses funcionais não apresentarem uma

---

<sup>5</sup> A análise da carga global de doença possibilita uma avaliação abrangente da mortalidade e da perda de saúde devidas a doenças e fatores de risco para todas as regiões do mundo. É avaliada a partir de uma medida global que combina anos perdidos de vida devido à morte prematura e anos de vida perdidos devido à incapacidade. (WHO, 2009).

taxa de prevalência muito elevada na sociedade, seu impacto social é muito grande, devido, principalmente, à necessidade de tratamento contínuo - muitas vezes pelo resto da vida do indivíduo - às limitações do indivíduo para suas atividades cotidianas, e aos elevados gastos públicos e privados dedicados a esta população<sup>6</sup>. (ALMEIDA; GONZÁLEZ, 2005).

Na busca pela consolidação da rede de atenção à saúde mental no Rio de Janeiro a tendência é que o modelo de atenção ambulatorial também venha recebendo atenção da coordenação de saúde mental, que planeja reestruturar os ambulatórios. Estes devem, portanto, passar a atender clientela mais graves e responsabilizar-se pelo acompanhamento do paciente, diferenciando-se do CAPS na intensidade dos projetos terapêuticos e na capacidade técnica e disponibilidade de recursos presente no ambulatório. Além disso, o Ministério da Saúde estimula o apoio matricial, que possibilitaria uma rede de atenção em saúde mental estruturada com vínculos. Isso significa o compartilhamento de alguns casos da equipe de saúde mental com a Atenção Básica, implicando co-responsabilização pelos casos e a construção coletiva de estratégias para enfrentamento. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2005).

Para que esta rede se concretize, não só no município do Rio de Janeiro, mas em todas as regiões em que foi implementada, é necessário um movimento articulado de diversos setores e serviços da sociedade, buscando a emancipação e autonomia das pessoas com sofrimento psíquico. Há, porém, algumas dificuldades na consolidação desta rede das quais se sobressaem a precariedade de serviços, apresentando número insuficiente de CAPS, SRT e profissionais, em especial psiquiatras; a baixa qualificação das equipes da rede ambulatorial, o que compromete o atendimento de clientela específicas (como abuso de álcool e drogas) nestes serviços e precária articulação e comunicação entre os serviços da rede; todos elementos cruciais para a constituição desta tendência substitutiva em saúde mental. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2009).

## 4.2 METODOLOGIA

---

<sup>6</sup> É necessário ressaltar que quando se discute a questão de gastos públicos com portadores de transtornos mentais inserimos a integralidade como norteadora da discussão. O cuidado a estes indivíduos que seja pautado pela integralidade demanda continuidade, já que muitas das vezes o tratamento se dá pelo resto da vida. Esta continuidade, por sua vez, exige investimentos financeiros que a sustente e que permita que as ações de saúde mental sejam permanentes e integrais. Desta forma, para que a integralidade seja sustentável não se pode perder de vista a relação custo/efetividade das ações de saúde.

A metodologia utilizada nesta monografia contou com uma revisão bibliográfica de artigos, livros, periódicos e relatórios e portarias do Ministério da Saúde acerca dos temas Integralidade, Cuidado, Transtornos Mentais Severos e Persistentes, rede de atenção de base comunitária e Centros de Atenção Psicossocial obtidos na literatura nacional e internacional nos últimos 20 anos que atendessem às necessidades dos nossos objetivos e com trabalho de campo e análise dos dados obtidos neste. A partir da análise documental e das informações coletadas no trabalho de campo, procurou-se estabelecer a relação entre a visão dos profissionais de um CAPS acerca do cuidado integral neste dispositivo e o que se diz ser a “missão” do mesmo.

Para a coleta de dados qualitativos três são as técnicas possíveis: a entrevista, a observação participante e os grupos focais. Como instrumento para coleta de dados nesta pesquisa utilizou-se a técnica de entrevista. Segundo Minayo (2003), a entrevista é um instrumento privilegiado para tal fim, onde, através da fala, torna-se possível a revelação de aspectos da realidade segundo a ótica do entrevistado e a reprodução das representações de certos grupos, seus pareceres, crenças e juízos em determinadas condições históricas, sociais, culturais e econômicas.

O trabalho de campo constituiu-se, portanto, de entrevistas do tipo semi-estruturadas (ver roteiro em APÊNDICE A) com profissionais do CAPS Ernesto Nazareth, na Ilha do Governador, considerados informantes-chave para a compreensão do cuidado neste dispositivo.

A entrevista do tipo semi-estruturada é constituída por um roteiro pré-estabelecido com questões pertinentes à compreensão do objeto de estudo, mas que apresenta certa flexibilidade, podendo o entrevistador direcionar a entrevista para os pontos que mais interessam à pesquisa, com a possibilidade de introdução de novas questões e aprofundamento daquelas consideradas mais importantes.

A pesquisa realizada nesta monografia utiliza o método qualitativo de análise, que investiga as relações que os indivíduos estabelecem entre si, buscando a construção da realidade num âmbito que não pode ser quantificado, que engloba crenças, valores e significados constituintes do universo humano (MINAYO, 2003). Além disso, apresenta caráter descritivo já que, segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa descritiva busca obter dados descritivos de pessoas, locais e processos a serem estudados por meio de contato direto com a situação estudada e com os participantes desta a fim de compreender um fenômeno como um todo, na sua complexidade, segundo a perspectiva destes participantes e verificar como este fenômeno se dá nas atividades e interações diárias.

### 4.3 O CAMPO

O CAPS Ernesto Nazareth, campo empírico da pesquisa, está localizado na Área Programática 3.1 (AP 3.1), que abarca 28 bairros do município do Rio de Janeiro, alguns da Zona Norte e os da Ilha do Governador, contando com serviços de saúde como Centros Municipais de Saúde (CMS), Postos de Saúde, Postos de Assistência Médica (PAM), hospitais gerais, emergências e unidades especializadas, como os CAPS.

Este CAPS na Ilha do Governador foi eleito como campo empírico da pesquisa por localizar-se no subsistema Ilha do Governador da AP 3.1, que dispõe de uma rede complexa de serviços de atenção à saúde mental e que atua de forma integrada, possibilitando a oferta de diferentes ações que extrapolam os limites dos CAPS e permitindo, desta forma, o exercício da integralidade no cuidado.

O CAPS Ernesto Nazareth encontra-se em funcionamento desde abril de 1998. Atualmente, dispões de inúmeras atividades a serem oferecidas a seus usuários durante a semana, no horário em que permanece aberto (de segunda a sexta, de 8h às 17h). O cronograma destas atividades (ver ANEXO A) é dividido por dia da semana e possuem um coordenador responsável: todas as atividades são fixas, ocorrendo nos mesmos dias, à hora determinada. Além destas atividades existem as modalidades terapêuticas que são estabelecidas e agendadas para cada usuário de acordo com sua necessidade, são elas: consultas individuais (com psiquiatra ou psicólogo), atendimento individual à família, acompanhamento medicamentoso, Terapia Ocupacional.

O CAPS trabalha com uma equipe mínima de CAPS II (2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior de outras categorias e 8 profissionais de nível médio). Funciona numa casa de dois andares: no térreo há uma sala de convívio com televisão, um refeitório, a sala da administração, banheiros feminino e masculino, uma pequena área aberta e uma saleta para consultas. No segundo andar há uma sala para as oficinas com mesas para pintura e quadros e quatro saletas para consulta, além de uma pequena varanda e o espaço da farmácia. Os recursos são poucos e a condição da estrutura ligeiramente precária, o que exige maior atenção dos governantes – no caso do prefeito – para a infra-estrutura dos serviços públicos.

### 4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Em minha ida a campo entrevistei oito profissionais do CAPS Ernesto Nazareth (CAPS-EN), cuja participação na pesquisa se deu através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido que explicitava os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário e não-obrigatório de sua participação. Com base na análise qualitativa das entrevistas, foram determinadas nove categorias para o estudo da integralidade no CAPS: formação profissional, capacitação, missão do serviço, especificidade do dispositivo, integração com a rede de saúde, processo de trabalho, seleção de clientela, estrutura física e medicamentosa, e adesão ao tratamento.

### Formação profissional

Dentre os entrevistados, quatro eram profissionais de nível médio (técnico em reabilitação física, pintor de peças artesanais, agente administrativo e profissional responsável pelo faturamento da unidade) e quatro profissionais de nível superior (enfermeira, médica psiquiatra, psicóloga e nutricionista). O profissional de nível médio tem destaque no funcionamento cotidiano do dispositivo, com participação nas atividades e com grande consciência sobre o trabalho do CAPS.

Os profissionais de nível médio no CAPS representam uma figura muito importante para os usuários, uma vez que, sendo muitas das vezes mais próximos do paciente do que propriamente o psiquiatra ou psicólogo, – pois muitas oficinas são coordenadas por eles e estes espaços possibilitam a configuração de vínculos sociais mais estreitos – o que faz com que estes profissionais de nível médio participem de forma mais intensiva do cotidiano do usuário e consigam estabelecer momentos de diálogo, de expressão e até obter informações deste que possam ajudar a traçar projetos terapêuticos.

### Capacitação

Na categoria capacitação analisamos a presença dos programas de capacitação para o trabalho no CAPS. Três dos oito entrevistados participaram ou estão participando de cursos de especialização em saúde mental – dentre estes dois são de nível médio – além de dois outros que fizeram residência em saúde mental e psiquiatria (a psicóloga e a psiquiatra), que aborda aspectos relativos ao trabalho no CAPS.

Além disso, quanto ao oferecimento de cursos de especialização por parte dos CAPS, a maioria dos entrevistados não soube dizer se existiam, mas é interessante notar que apenas

um deles mencionou os cursos ministrados pela prefeitura, voltados para o matriciamento de equipes do Programa Saúde da Família (PSF), bem como para o atendimento de transtornos decorrentes de álcool e drogas e para clientela de crianças e adolescentes. Isso demonstra que este profissional está inserido na conjuntura da rede de cuidados em saúde mental e consciente de sua articulação com os diversos serviços oferecidos por esta.

### Missão do serviço

A discussão sobre missão dos CAPS na rede de atenção à saúde evidenciou que os entrevistados têm visões semelhantes da “missão” do CAPS, diferenciando-se basicamente por darem destaque a questões específicas. (Ver tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo sua visão acerca do papel do CAPS na atenção à saúde mental

<i>Papel do CAPS na atenção à Saúde Mental</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Substituir os hospitais psiquiátricos	2	25%
Promover a reinserção social do indivíduo/sociabilidade/convivência	2	25%
Diminuir o número de internações	1	12,5%
Papel estratégico e indispensável para pacientes graves	2	25%
Não soube dizer	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: O autor

Ao analisar as informações obtidas com a questão da missão, é possível observar que os profissionais inseridos no trabalho do CAPS, em sua grande maioria, concebem este dispositivo como concretização da desinstitucionalização, como fruto da Reforma Psiquiátrica

e como possibilidade de reinserir os indivíduos no meio social ao qual pertencem, de integrá-los à sociedade, como pode ser observado nas seguintes falas dos entrevistados:

“O CAPS é a âncora do paciente que tem transtorno mental grave, que já teve muitas internações e agora faz um acompanhamento mais voltado para sua reinserção social.” (informação verbal)<sup>7</sup>

“O CAPS é a Reforma, é a própria Reforma Psiquiátrica.” (informação verbal)<sup>8</sup>

“O CAPS enquanto modelo, como ele foi pensado, de ele ter essa cara, né, de uma casa onde as pessoas vêm passar o dia [...], eu acho que faz com que ele tenha um certo lugar assim, estratégico mesmo. Porque embora ele corra muito risco também de se padronizar, de acabar funcionando muito engessado, a potência dele está em não ser assim.” (informação verbal)<sup>9</sup>

Dessa forma, ao descrever o CAPS como um dispositivo estratégico, substitutivo, promotor de reinserção social e de autonomia, os entrevistados, conseqüentemente, definiram a especificidade do CAPS bem diferenciada de outros serviços de saúde Mental.

#### Especificidade do dispositivo

Ao serem questionados se o CAPS se diferenciava de algum serviço de saúde mental, sete dos oito responderam que sim; apenas um, que alegou ser o CAPS a primeira experiência em saúde mental, disse não poder fazer essa “análise comparativa”.

Os aspectos nos quais o CAPS se diferencia, entretanto, foram bastante variados, mas todos apontavam para as características fundamentais do CAPS enquanto dispositivo essencial da nova configuração da atenção à saúde mental. (Ver tabela 2)

Tabela 2– Distribuição dos entrevistados segundo especificidades do CAPS por eles citadas

<i>Especificidades do CAPS em relação a outros serviços de saúde mental</i>	<i>Freqüência absoluta (n)</i>	<i>Freqüência relativa (%)</i>
Atendimento de pacientes graves e reinserção social	1	12,5%
Atenção mais abrangente ao paciente/modo harmoniosos de convivência e tratamento entre profissionais e usuários	3	37,5%

<sup>7</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 1) em 27/10/2009.

<sup>8</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 4) em 27/10/2009.

<sup>9</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 7) em 27/10/2009.

Cada paciente possui um técnico de referencia e um médico	1	12,5%
Equipe multidisciplinar, reuniões semanais de equipe	2	25%
Não soube dizer	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: O autor

É visível, portanto, que os profissionais entrevistados sabem do papel diferencial do CAPS na atenção à saúde mental, compreendendo suas especificidades e sua demanda por atenção diferenciada da parte do cuidador para com o usuário. Ressalta-se aqui a importância dessa conscientização do profissional para que não se repita os modelos hegemônicos em saúde mental dos hospitais psiquiátricos fundamentados em hierarquia e autoritarismo, mas que se criem novos espaços de troca entre profissionais e pacientes para a prática do cuidado integral e exercício de autonomia do indivíduo.

#### Seleção de clientela

No que concerne à categoria de seleção de clientela, foi questionado se há seleção de uma clientela específica para ser acolhida pelo CAPS e quais são os critérios utilizados nesta seleção. Todos os entrevistados afirmaram haver uma “triagem” para determinar se tal paciente é indicado para CAPS ou deva ser encaminhado para outro serviço de saúde mental. Quanto aos critérios utilizados, apenas um entrevistado não soube relatar quais são. Estes critérios, entretanto, variam entre os entrevistados, mas não fogem ao que é prescrito na portaria 336. (Ver tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos entrevistados segundo os critérios citados por estes para seleção de clientela específica que são utilizados no CAPS-Em

<i>Critérios de seleção</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Gravidade do transtorno	2	25%
Não aderir a tratamento ambulatorial	1	12,5%
Histórico de várias e longas internações/ausência de vínculos sociais	1	12,5%

Gravidade do transtorno e um dos outros dois critérios acima citados	3	37,5%
Não sabe dizer	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: O autor

Importante ressaltar que, além da maioria ter citado a especificidade de transtorno mental grave como critério para seleção da clientela do CAPS, cuja definição é usada pela portaria para o mesmo fim, o que significa que se leva em conta a Política Nacional de Saúde Mental como base para o trabalho no CAPS, dois dos entrevistados citaram que o CAPS possui um “perfil de atendimento” que se diferencia dos “perfis” dos outros dispositivos de saúde mental e que deve ser levado em conta na seleção.

Outra questão importante a ser abordada é que um dos entrevistados faz uma ressalva ao afirmar o uso do critério de “transtorno mental grave e persistente” para selecionar a clientela para o CAPS. Segundo este, na prática, são necessários critérios mais práticos para pensar a seleção para o CAPS, afinal, os ambulatórios também acolhem a clientela grave. Nesse caso, deve ficar a cargo do CAPS a clientela grave com pouca autonomia e suporte familiar precário, além da população de rua, que de fato demandam o cuidado do CAPS.

### Processo de trabalho

O processo de trabalho do CAPS apresenta-se um tanto quanto distinto das práticas e modelos encontrados nos outros serviços públicos de saúde mental. Sua equipe é multidisciplinar, seu leque de possibilidades de intervenções terapêuticas é muito grande e capaz de atender às mais diversas demandas, fortalecendo a potência de cada indivíduo de realizar-se plenamente em sua existência, produzindo efeitos que fazem diferença na vida das pessoas. (YASUI, 1989).

O processo de trabalho se transcreve nas atividades e mecanismos exercidos no ambiente do CAPS: é o trabalho do CAPS no CAPS. Para compreender o processo de trabalho, alguns aspectos foram destacados, são eles: modalidades de atendimento oferecidas (ver Tabela 4), estratégias terapêuticas utilizadas, acompanhamento de internações, visitas domiciliares e trabalho de suporte e orientação às famílias. Sabendo-se da importância da articulação de todos estes aspectos para a produção de cuidado integral no ambiente do CAPS, estes constituem um essencial elemento para a análise da integralidade nas ações do CAPS.

Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados segundo as modalidades de atendimento oferecidas pelo CAPS-EN por estes citadas

<i>Modalidades de atendimento</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Consultas com psiquiatra, psicólogo, oficinas terapêuticas, parte medicamentosa	4	50%
Projetos terapêuticos: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo	1	12,5%
Atividades na comunidade	1	12,5%
Atendimentos imediatos e não-imediatos (triagem)	1	12,5%
Oficinas, atendimento de cada profissional, grupos de família, assembléia diária dos pacientes	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: O autor

Quanto às estratégias terapêuticas utilizadas pelos profissionais, seis, entre os oito entrevistados, citaram as oficinas terapêuticas e os atendimentos clínicos. Ainda três dos oito afirmaram que as estratégias são traçadas caso a caso, não sendo algo engessado, pré-determinado: “Todo o trabalho do CAPS é muito individualizado”.(Entrevistado 2)

Ainda no que diz respeito ao processo de trabalho, analisamos a questão do acompanhamento à pacientes que necessitaram de internação. Afinal, sendo o CAPS um dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, é importante que este não siga a lógica hegemônica hospitalocêntrica e trabalhe para evitar ao máximo as internações e, caso estas venham a ser necessárias, que acompanhem para não estender desnecessariamente sua duração. Através das entrevistas, foi possível perceber a unanimidade dos entrevistados ao afirmarem a existência de mecanismos para acompanhamento de pacientes internados. Além disso, o funcionamento desses mecanismos foram relatados bem similarmente: durante o período de internação a equipe do CAPS mantém contato com a equipe do hospital, faz visitas ao paciente, discutem o caso e “negociam” a alta. Apenas um entrevistado não soube elucidá-lo.

Sobre as questões de visitas domiciliares e trabalho de orientação e suporte às famílias dos pacientes, as respostas também foram unânimes. Todos os oito entrevistados afirmaram que o CAPS realiza ambas as atividades.

No caso das visitas domiciliares, as circunstâncias relatadas pelos profissionais para realização das mesmas foram: pacientes com dificuldade de ir ao CAPS, paciente que já freqüenta o CAPS, mas desapareceu, pacientes em crise e pacientes que não aderem ao tratamento do CAPS. Quanto ao trabalho com as famílias dos pacientes, todos os entrevistados relataram os grupos de família, que acontecem duas vezes por semana, como o espaço criado no CAPS para atendimento às famílias e conversa destas com os profissionais.

Além destes espaços, três entrevistados mencionaram a Associação de Usuários e Familiares como outra forma de integrar a família ao trabalho do CAPS. A associação se reúne uma vez por mês no CAPS e é planejada com um organograma, estando ainda em fase de legalização.

Interessava-nos investigar ainda a questão da participação da equipe na elaboração dos projetos terapêuticos individuais e da relação destes com as atividades realizadas no CAPS, a fim de saber se o planejamento das atividades conta com a participação ativa de todos os profissionais. Os entrevistados apresentaram certa divergência ao responder como é feito este planejamento das atividades, uns explicitando a participação de toda a equipe e outros deixando implícito a sua não participação neste processo. (Ver Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados segundo seu conhecimento sobre o planejamento de atividades exercidas no CAPS-EN

<i>Planejamento de atividades</i>	<i>Freqüência absoluta (n)</i>	<i>Freqüência relativa (%)</i>
Feito nas reuniões de equipe	4	50%
Feito por terceiros (direção, coordenação técnica...)	1	12,5%
Dá-se no dia-a-dia	1	12,5%
Não soube dizer	2	25%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: O autor

As respostas como “não soube dizer” ou “feito por terceiros” são exemplos de que, às vezes, por mais que se trabalhe com a lógica da equipe multidisciplinar, o não envolvimento de certos atores no processo de cuidado do CAPS limita o alcance dos projetos terapêuticos e das atividades desenvolvidas. Através da não participação desses atores, elementos

importantes para a organização das estratégias de intervenção utilizadas no dispositivo podem estar sendo suprimidos.

Adesão ao tratamento

Outra categoria por mim delimitada foi a adesão ao tratamento no CAPS. A adesão é fundamental para que o trabalho do CAPS tenha continuidade de modo a interferir positivamente na vida do usuário e que o cuidado possa se dar de forma integral. Essa questão torna-se ainda mais importante quando Cavalcanti et al. (não publicado) diz haver na literatura nacional índices suficientemente altos de abandono de tratamento nos CAPS para que se proponha intervenções que resulte numa adesão mais rápida e menos custosa e que potencialize o trabalho do CAPS.

Ao questionar os profissionais sobre a adesão dos usuários ao tratamento oferecido no CAPS, seis disseram haver uma boa adesão (ou seja, mais adesão do que desistência) e os outros dois não souberam dizer se há mais adesão ou mais desistência, como exemplifica a fala do Entrevistado 3: “[...]alguns aderem, alguns, não.” (informação verbal)<sup>10</sup>.

Não obstante, mesmo dentre os que afirmaram haver boa adesão, um deles relatou já ser esperado um processo difícil de adesão, afinal os pacientes do CAPS são os quadros mais graves e outro relatou que nos casos nos quais há desistências, diversos fatores influenciam: a dificuldade intrínseca à psicose e o quanto a equipe investe naquele caso.

Ainda sobre a categoria adesão, foram analisadas as estratégias que os profissionais aplicam para aumentar a taxa de adesão. O resultado apresentou grandes divergências nas respostas dos entrevistados. (Ver tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição dos entrevistados segundo seu conhecimento sobre as estratégias utilizadas no CAPS-EN para aumento da taxa de adesão

<i>Estratégias para aumentar a taxa de adesão</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Busca ativa (visita domiciliar, contato com a família)	2	25%
Inserção em oficinas	1	12,5%

<sup>10</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 3) em 27/10/2009.

Aumento da frequência do paciente ao CAPS e busca ativa	1	12,5%
Estabelecimento de um técnico de referência* e busca ativa	2	25%
Diálogo	1	12,5%
Não sabe dizer	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

\*Técnico de referência é um profissional, que não o médico psiquiatra do usuário, que acompanha junto a este o caso, podendo ser de qualquer formação. É este técnico que deve ficar atento diante do caso, do qual é responsável, frente à equipe, trazendo informações deste para a supervisão.

Fonte: O autor

### Integração com a rede de saúde

A próxima categoria a ser discutida é a rede, que se constitui pela articulação do CAPS com os outros serviços da rede de cuidados de saúde mental e com o território onde se localiza: é o trabalho do CAPS na rede. Para tanto, foi necessário saber junto aos profissionais do CAPS-EN os seguintes aspectos desta articulação: a relação do CAPS com outros serviços de Saúde Mental, a articulação dos serviços oferecidos pelo CAPS com outros dispositivos do território, conhecimento dos profissionais acerca do conceito de cuidado integral e sua aplicação nas ações do CAPS e os quesitos necessários para melhorar a atenção aos usuários do CAPS.

No que tange à relação do CAPS com outros serviços de Saúde Mental, os resultados demonstraram que os profissionais encontram-se bem informados acerca da integração do CAPS à rede de cuidados em saúde mental, visto que sete dos oito entrevistados explicitaram unidades de saúde com as quais o CAPS tem “parceria”, ou seja, cujos serviços atuam de forma integrada, complementando um ao outro. (Ver tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição dos entrevistados segundo serviços por eles citados aos quais o CAPS se relaciona

<i>Serviços de Saúde Mental da Rede com os quais os CAPS se relacionam</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Ambulatórios/Posto de Atendimento Médico (PAM) Newton Alves Cardoso – Ilha	1	12,5%

Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)	1	12,5%
Equipes do Programa Saúde da Família (PSF)	1	12,5%
Fórum de Saúde Mental	0*	0*
Dois ou mais dos acima citados	3	37,5%
Não soube especificar	2	25%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

\*O valor zero não significa que o Fórum de Saúde Mental não tenha sido citados, mas o foi por apenas um entrevistado, cuja resposta se enquadra na opção “Dois ou mais dos acima citados”.

Fonte: O autor

Na questão da articulação do CAPS a outros dispositivos fora da saúde mental (serviços clínicos, dispositivos culturais e sociabilizantes, etc.) os resultados foram similares aos anteriores. O que chama a atenção, no entanto, é a ausência de dispositivos como Centros de Convivência e Cultura e o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho na fala dos entrevistados, que são marcas importantes no processo de reinserção social do indivíduo com transtorno mental e que deveriam ocupar lugar privilegiado como mecanismos sociabilizantes no âmbito da rede de saúde mental. (Ver Tabela 8)

Tabela 8 – Distribuição dos entrevistados segundo dispositivos por eles citados que são articulados ao CAPS

<i>Dispositivos articulados ao CAPS</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Atividades da comunidade (culturais, expositivas, etc.)	1	12,5%
Serviços clínicos (oferecidos por ambulatórios, PAM Ilha)	4	50%
Desenvolvimento Social, Justiça, equipes de PSF, secretaria de educação e unidades clínicas (Postos de Saúde, ambulatórios).	1	12,5%
Abrigos*	1	12,5%
Não soube dizer	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

\*Abrigos que acolhem população de rua muitas vezes com transtornos mentais que freqüentam o CAPS.

Fonte: O autor

Ainda na discussão da articulação da rede de atenção à saúde mental para promover cuidado aos indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, foram propostas questões mais subjetivas sobre o conhecimento dos profissionais acerca do conceito de cuidado integral. Cinco dos oito entrevistados não souberam responder o que seria o cuidado integral, o que nos remete à seguinte questão: sendo a missão do CAPS proporcionar cuidado integral aos usuários como forma de acolhimento e atenção às suas diversas demandas, não deveriam os profissionais engajados neste trabalho estar conscientes do que deve ser oferecido a quem atendem? Ora, para que o cuidado dispensado seja pautado pela integralidade deve-se compreender a dimensão desse cuidado enquanto cuidado integral a fim de que a atenção aos portadores de transtorno mental no CAPS seja efetiva. Sendo um dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização e na consolidação da rede de cuidado em saúde mental – a qual deve orientar – o CAPS necessita que seus profissionais estejam cientes do cuidado diferenciado proposto para tal dispositivo.

Aos profissionais que não sabiam o significado de cuidado integral foi explicitado o conceito trabalhado nesta pesquisa. Já os três entrevistados que disseram saber o conceito de cuidado integral, explicitaram-no, com aspectos bem similares nas três falas, onde o predominante foi que o cuidado integral é aquele que, concebendo-o segundo todos os seus aspectos físicos, psíquicos, sociais e sua relação com o mundo, como explicitam as falas dos entrevistados a seguir.

“O cuidado integral é aquele que vê o paciente, toma ele sob diversos aspectos, não só o físico nem só o mental.” (informação verbal)<sup>11</sup>

“O cuidado integral é ver o sujeito mesmo, em todos os seus aspectos, né? Físicos, psíquicos, sociais, sua relação com o outro, com o lugar onde vive. Enfim, é você tá atento a todos os aspectos que dizem respeito àquela pessoa, né? E que ela não é só um diagnóstico.” (informação verbal)<sup>12</sup>

“Enfermeiro acaba tendo essa visão mais fácil, né? Assim, então qual é a nossa grande preocupação aqui? O paciente não é visto só pelo seu transtorno. Então ele é visto com toda a complexidade que anda em volta dele: o aspecto social [...], se ele consegue estudar, se ele consegue trabalhar, e também o aspecto da sua doença clínica, tem pacientes que têm doença clínica [...], a gente acompanha o acompanhamento que ele faz em unidades de saúde que atendem a parte clínica. Então a gente tá sempre preocupado com essa visão geral desse paciente. Ele não é só um portador de transtorno mental, ele é um ser humano.” (informação verbal)<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 6) em 27/10/2009.

<sup>12</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 7) em 27/10/2009.

<sup>13</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 1) em 27/10/2009.

Sendo o cuidado integral assim definido para estes entrevistados e explicitados como o cuidado aqui abordado para os outros, quatro dos oito entrevistados afirmaram ser, o CAPS, um dispositivo que oferece cuidado integral aos pacientes. Contudo, os outros quatro não discordaram completamente. Estes últimos afirmam que o CAPS se preocupa com a visão integral do usuário e o concebe desta forma, ou seja, oferece um cuidado atento a todas as dimensões do usuário, mas não com a pretensão de querer ser o prestador de todos os serviços demandados por eles. Afinal, não é função do CAPS e nem haveria os recursos necessários para tal. Os que afirmam, na verdade, expressam o mesmo que os outros nas suas falas: o CAPS oferece sim cuidado integral na medida em que faz encaminhamentos a unidades com atendimento clínico, valoriza a atenção ao usuário, se preocupa com a reinserção social dos pacientes.

A partir das entrevistas constata-se, portanto, que os profissionais vêem o CAPS como dispositivo assegurador de cuidado integral, não no sentido de se responsabilizar por todas as demandas do indivíduo, porque seria repetir o modelo dos hospitais que os CAPS vêm substituir. Segundo o Entrevistado 7, “é um cuidado integral mas aberto, ampliado” (informação verbal)<sup>14</sup>

### Estrutura física e medicamentosa

A partir das entrevistas também foi possível ver que da parte dos profissionais, alguns aspectos importantes precisam ser modificados a fim de oferecer melhor atenção aos usuários do CAPS. Neste ponto foram levantadas duas questões: o que deveria ser feito para melhoria da atenção e as principais dificuldades enfrentadas no dia-a-dia. Ambas as questões levantaram problemas referentes à estrutura física e à estrutura profissional do CAPS e da rede de saúde mental em geral. (Ver Tabela 9)

Tabela 9 – Distribuição dos entrevistados segundo os aspectos que precisam ser melhorados na atenção aos usuários do CAPS por eles citados

<i>Dificuldades enfrentadas no dia-a-dia e aspectos que precisam ser melhorados</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Estigma da doença mental	1	12,5%

<sup>14</sup> Entrevista realizada com profissional do CAPS-EN (Entrevistado 7) em 27/10/2009.

Estrutura profissional (equipe mínima, sobrecarga dos profissionais)	1	12,5%
Estrutura física (fala de investimento dos governantes, falta de recursos próprios, poucas salas para atendimento e atividades)	4	50%
Processo (ouvir mais os usuários, trabalhar de forma mais integrada)	1	12,5%
Políticas públicas mais atentas às demandas/Necessidade de implantação de CAPS III	1	12,5%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: O autor

A estrutura, em especial a estrutura física, foi predominante na fala dos entrevistados com relação aos problemas enfrentados no CAPS. Entretanto, uma das questões levantadas mais importantes, foi a ausência de CAPS III na cidade do Rio de Janeiro. O CAPS III é um dispositivo que, por comportar poucos leitos para internações curtas, é essencial na rede de atenção à saúde mental – em especial num município de grande porte como o Rio de Janeiro – por ser capaz de evitar que o CAPS tenha que indicar pacientes para internação em hospitais, que se tornam mais alongadas, já que esse dispositivo de maior complexidade daria conta de tais pacientes com internações curtas.

No que diz respeito à estrutura medicamentosa, ao serem questionados se o CAPS oferece todos os medicamentos que o paciente necessita, todos os entrevistados souberam responder com convicção que sim. Todos também fizeram a ressalva de que alguns medicamentos não estão na grade da rede municipal (que fornece aos CAPS), então os profissionais encaminham o paciente com receita para retirá-los no estado. Também foi dito pela maioria que os medicamentos são suficientes para suprir a demanda quase sempre, havendo, é claro, períodos de maior dificuldade, onde um ou outro possa estar em falta.

A partir desta análise pode-se perceber que a questão mais difundida entre os profissionais entrevistados é a medicamentosa, visto que todos sabem com propriedade acerca da administração de medicamentos. Isso indica que a importância dada ao tratamento medicamentoso enquanto intervenção terapêutica ainda encontra-se preponderante nestes dispositivos.

## 5 CONCLUSÃO

Neste trabalho foram discutidas questões referentes ao cuidado integral nos CAPS e como esse é compreendido pelos profissionais deste dispositivo. Além disso, explicitamos a visão destes mesmos acerca do processo de trabalho do CAPS dentro da rede comunitária de atenção e de sua missão.

Pela análise das entrevistas e a discussão teórica exposta ao longo da monografia, pôde-se levantar algumas questões, incitar discussões e estabelecer conclusões.

Baseando-se exclusivamente nos resultados das entrevistas, podemos dizer que o perfil de cuidado oferecido no CAPS Ernesto Nazareth é baseado na sua missão e caracterizado por:

- Projetos terapêuticos personalizados;
- Grande variedade de modalidades de atendimento e intervenções terapêuticas, que proporcionam atividades de cunho terapêutico e outras mais voltadas para expressão, criatividade, inserção social e promoção de autonomia, mas ainda com grande preconização da intervenção medicamentosa;
- Participação ativa da família no processo, com grande integração desta no cotidiano do CAPS;
- Articulação do trabalho desenvolvido no CAPS com outros setores da saúde e da sociedade, promovendo a circulação do indivíduo pelos dispositivos de saúde de seu território a que tem necessidade e sua inserção social;
- Preconização da permanência do usuário no CAPS (na comunidade), evitando internações sem comprometer o tratamento;
- Visitas domiciliares a usuários impossibilitados de ir ao CAPS e suporte e orientação às famílias.

A partir das características acima mencionadas concluímos que o cuidado prestado aos usuários do CAPS-EN pauta-se pela integralidade, uma vez que apresenta em seu trabalho os mecanismos necessários para produção de saúde no indivíduo com transtorno mental, visando atender às suas demandas bio-psico-sociais de modo a estender o cuidado às dimensões que provocam o sofrimento. Destacamos aí a atenção que o CAPS dirige não somente ao indivíduo em si, mas aos aspectos sociais, econômicos e culturais que o compõem, representados, por exemplo, pela instalação num território com costumes, hábitos e cultura

próprios, pela atenção à família, cujo bem-estar e integridade interferem na saúde do sujeito e pelas visitas domiciliares e articulações com abrigos, transpondo certas barreiras econômicas e certos empecilhos para oferta do cuidado. Neste sentido, garante-se o acesso do indivíduo ao CAPS e foca-se as ações de saúde no sujeito, já que o CAPS não busca a cura do transtorno mental, mas a promoção de qualidade de vida com a aceitação deste e com a expressão de tal singularidade.

Salientamos que um aspecto relativo à integralidade do cuidado que se apresentou um tanto indefinido foi a adesão dos usuários ao tratamento do CAPS. As desistências podem derivar dos mais diversos motivos, mas quase todos podem ser superados com mecanismos e estratégias que visem o aumento da adesão. Considera-se importante que, além da busca ativa por pacientes que largaram o CAPS e da oferta de atividades que estimulem o indivíduo a ir ao dispositivo, haja modificações no projeto terapêutico que não esteja sendo apropriado, o que exige flexibilidade das intervenções do CAPS e persistência dos profissionais no caso. Ademais, é interessante que seja estimulado pelo governo programas de intervenção em saúde mental que complementem e fortaleçam a rede de atenção de modo a engajar e estabilizar os indivíduos com transtorno mental num cuidado contínuo. Programas com este intuito já foram implantados em outros países, – como a *Critical Time Intervention* (CTI), implementada em Nova Iorque – possuem pesquisas no Brasil para avaliar sua viabilidade e podem constituir uma intervenção interessante para o aumento da adesão e continuidade do cuidado de forma a estabelecer vínculos duradouros com os dispositivos de saúde mental – destacando-se o CAPS – e com os atores sociais que dele fazem parte. (CAVALCANTI, não publicado).

Não obstante, o conceito de cuidado integral não é muito difundido dentre os profissionais do CAPS. Isso demonstra que igualmente a integralidade não é reconhecida como aspecto intrínseco à atenção à saúde mental no CAPS pela maioria dos profissionais. Aliando à isso os dados de que nenhum dos entrevistados participou ou participa de cursos de especialização para trabalho no CAPS e que nem todos participaram de um curso de especialização em saúde mental, é possível suscitar a limitação de tais cursos desenvolvidos pela Prefeitura ou pelo Ministério da Saúde. É importante que os profissionais do CAPS, sendo este um dispositivo fundamental na rede de atenção à saúde mental para a não reprodução de um modelo engessado e isolado, tenham pelo menos especialização em saúde mental e tenham conhecimento dos princípios do Sistema de Saúde do qual fazem parte para que as ações executadas por eles sejam fundamentadas nestes princípios. Cabe a ressalva de que os três profissionais que souberam explicitar o conceito de cuidado integral tinham

formação de nível superior e participaram de curso de especialização ou fizeram residência em saúde mental.

Quanto à compreensão dos profissionais acerca da integralidade do cuidado percebemos que, apesar da falta de recursos teóricos ao abordar o cuidado integral, os profissionais valorizam esse cuidado, considerando-o necessário e presente no cotidiano do CAPS. Porém percebeu-se a ressalva destes atores do CAPS o que diz respeito à não reprodução do modelo hegemônico hospitalocêntrico onde tudo o que o paciente necessitava era oferecido no sistema intra-muros dos manicômios, ou seja, nada era oferecido. Isso significa dizer que, se o CAPS tornar-se responsável por todas as dimensões envolvidas no processo de saúde do indivíduo agirá sobre este de modo análogo às instituições psiquiátricas, centralizando as ações que suprem suas demandas num único dispositivo, o que, de fato, é impossível de ser feito com qualidade. Portanto, se diz que o CAPS oferece cuidado integral à medida que se responsabiliza por articular a rede de saúde mental de modo a suprir as mais diversas demandas dos indivíduos, através da atenção aos aspectos que lhe causem sofrimento e da orientação para buscar serviços que possam aliviá-lo.

Por fim, atentamos para o alcance e limitação do CAPS enquanto um conjunto de estratégias e enquanto estrutura de serviço frente ao desafio da prestação de cuidado integral. Ora, o CAPS enquanto conjunto de estratégias está composto de forma adequada à missão de oferecer cuidado integral, disponibilizando oficinas criativas e terapêuticas, atividades extra-muros (participação em eventos da comunidade, passeios e integração social), acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso, convívio social e suporte familiar.

Entretanto, enquanto estrutura de serviço o CAPS ainda precisa de avanços para configurar-se estruturalmente adequado à prestação de cuidado integral. Isso porque com equipe mínima e recursos precários não é possível concretizar em ações o que se pretende em pauta, ou seja, o cuidado integral fica debilitado. Essa situação manifesta no CAPS-EN, por exemplo, com a dificuldade de transporte de paciente para internação ou de visitas domiciliares pela falta de um transporte voltado para isso, com pouco espaço físico para a realização de atividades e de atendimento e com o pouco recurso financeiro para instalações físicas mais cômodas. Esse quadro reflete um vácuo de intervenção dos governantes para melhoria de tais aspectos que tornariam contribuírem para o progresso da atenção à saúde mental.

Há também uma questão fundamental para que a rede de saúde mental atenda à demanda dos indivíduos de seu território de forma integral, que é a implantação de CAPS III. Num município como o do Rio de Janeiro é indispensável a presença deste dispositivo para

atenção de casos mais críticos sem a necessidade de internação. Para que de fato se abandone a referência cultural em saúde mental dos hospitais psiquiátricos é preciso a criação de dispositivos como o CAPS III pois, só assim, é possível promover o fechamento de leitos psiquiátricos sem provocar desassistência da população que demanda curtas internações para períodos críticos.

O CAPS e toda a rede de atenção em saúde mental vêm proporcionando espaços para exercício da autonomia dos indivíduos sofredores e de seus familiares. O cotidiano e as estratégias do CAPS apresentam propostas para consolidar a participação do usuário e dos familiares nas decisões de possíveis intervenções para si e nas esferas políticas da saúde mental, como nos Fóruns de Saúde Mental.

Concluimos, portanto, que o cuidado no CAPS-EN é pautado pela integralidade e suas ações refletem as concepções que orientam sua missão: seu serviço é territorializado, sua equipe é multidisciplinar, suas estratégias são personalizadas e sua articulação com a rede e com a comunidade se manifestam na promoção de autonomia e na reinserção social. No mais, são necessários maiores investimentos na saúde mental para que a Reforma Psiquiátrica tenha seus ideais plenamente ou ao menos majoritariamente consolidados.

Por fim, as entrevistas explicitaram que os profissionais entrevistados estão conscientes do papel diferencial do CAPS na rede de atenção à saúde mental, enquanto um conjunto de estratégias que visam o cuidado integral do indivíduo. Tal conscientização é de fundamental importância na criação destes novos espaços dedicados à vivência do cuidado e ao exercício da autonomia do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.M. Caldas de; GONZÁLEZ, Francisco Torres. **Atención Comunitária a personas com transtornos psicóticos**. Washington, DC: OPAS, 2005, p. 1-47.

ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas políticas de Saúde Mental**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001, p.167-176.

BANDEIRA, Marina; BARROSO, Sabrina Martins. **Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos**. *J. brasil.psiquiatr*, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p.29-60.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil**: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CAPS**. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela)>. Acesso em: 04 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)>. Acesso em: 04 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso, equidade, qualidade. Desafios para consolidar a mudança do modelo**. Relatório de gestão 2008. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. Brasília, janeiro de 2009 (versão preliminar 1, fechada em 09/01/2009). 58p.

CAVALCANTI, Maria Tavares; VALENCIA, Elie S., LOVISI, Giovanni; ABELHA, Lucia; SUSSER, Ezra. **Intervenção em saúde mental para períodos de transição** – adaptação da Intervenção no Tempo Crítico (Critical Time Intervention) para a realidade brasileira e estudo piloto em pacientes do espectro esquizofrênico atendidos nos CAPS do Rio de Janeiro. Não publicado.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, jul-set, 1997.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica.** In: VENANCIO, Ana Teresa; CAVALCANTI, Maria Tavares (Org.). *Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

FERREIRA, Gina. **Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** In: PINHEIRO, Roseni et al (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284 p. (Série Saúde participativa).

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** In: *Revista de Administração de Empresas*, v.35, n.2, mar-abr, 1995, p. 57-63.

GULJOR, Ana Paula Freitas; ALVES, Domingos Sávio. **O Cuidado em Saúde Mental.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. 1ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004, p. 221-240.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”.** *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S331-S336, 2004.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia.

**Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan-mar, 2000.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização.** In: PINHEIRO, Roseni et al (Org.).

*Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284 p. (Série Saúde participativa).

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Michel Foucault.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p.61-80.

MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro. 2003, v.1, p. 45-59.

\_\_\_\_\_. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Tecendo uma Teia de Cuidados em Saúde Mental.** In: VENANCIO, Ana Teresa; CAVALCANTI, Maria Tavares. (Org.). *Saúde Mental - Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001, p. 277-282.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000. p.15-73.

RUGGERI, Mirella et al. **Definition and prevalence of severe and persistent mental illness.** The British Journal of Psychiatry, 2000, v.177, p.149-155.

VALLA, Victor Vincent; LACERDA, Alda. **As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004. Pág. 91-100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Burden of Disease (GBD).** Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)> Acesso em: 06 maio, 2009.

YASUI, Silvio. **CAPS: aprendendo a perguntar.** In: LANCETTI, Antonio (org.). SaúdeLoucura. São Paulo: Editora HUCITEC, v.1, 120p., 1989.

\_\_\_\_\_. **CAPS: estratégia de produção de cuidado e bons encontros.** In: PINHEIRO, Roseni et al (Org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284 p. (Série Saúde participativa).

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

#### **1) Sobre a equipe do CAPS e a formação do entrevistado:**

- a) Qual a sua formação profissional?
- b) Você participou de algum curso de especialização dirigido para profissionais de CAPS?
- c) Você conhece alguém de sua equipe que tenha participado?
- d) Existem, por parte do CAPS, trabalhos de capacitação de equipes de atenção básica?

#### **2) Sobre o atendimento no CAPS e sua articulação com outros serviços:**

- a) Há seleção de uma clientela específica para ser atendida no CAPS? Quais os critérios que são utilizados nesta seleção?
- b) Que modalidades de atendimento são oferecidas no serviço?
- c) Quais as estratégias terapêuticas de que vocês normalmente fazem uso para cuidar do paciente?
- d) Como é feito o planejamento das atividades desenvolvidas pelos usuários?
- e) O CAPS fornece todos os medicamentos que o paciente necessita? Há medicamentos suficientes para suprir a demanda?
- f) Os pacientes costumam aderir ao tratamento oferecido no CAPS ou há muitas desistências?
- g) Quais são as estratégias para aumentar a taxa de adesão ao tratamento?
- h) Há alguma relação do CAPS com outros serviços de Saúde Mental? Quais?
- i) Os serviços oferecidos pelo CAPS são articulados com outros dispositivos? De que forma?
- j) Há mecanismos para o acompanhamento de pacientes que necessitaram de internação? Como funcionam?
- k) A equipe do CAPS realiza visitas domiciliares? Em quais circunstâncias?
- l) Há algum tipo de trabalho do CAPS de orientação/suporte às famílias dos pacientes?

#### **3) Sobre a visão do entrevistado acerca do papel do CAPS:**

- a) Na sua visão, qual o papel do CAPS na atenção à Saúde Mental?

b) Você acha que o CAPS se diferencia de outros serviços de Saúde Mental em algum aspecto? Em quais aspectos?

**4) Sobre a visão do entrevistado acerca do cuidado no CAPS:**

a) Você conhece o conceito de cuidado integral?

b) (No caso de resposta afirmativa), poderia explicar o que significa cuidado integral?

(No caso de resposta negativa, explicitar o que é considerado no trabalho como cuidado integral).

c) Dessa forma, você considera o CAPS um serviço que oferece cuidado integral aos pacientes? Por quê?

d) O que você acha que deveria ser feito para melhorar atenção aos usuários dos CAPS?

## ANEXOS

ANEXO A – Cronograma de atividades do CAPS-EN cedido pela coordenação do serviço

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>			
<b>2ª FEIRA</b>			
<b>HORA</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>LOCAL</b>
<b>8:00 AS 11:30</b>	REUNIÃO DE EQUIPE	TODA EQUIPE	SALÃO DE ATIVIDADES
<b>11:30</b>	ALMOÇO EM EQUIPE	TODA EQUIPE	REFEITORIO
<b>13:30 AS 14:30</b>	GRUPO DE FAMÍLIA	JULIANA	REFEITORIO
<b>13:30</b>	BRECHÓ	DEISE	SALÃO DE ATIVIDADES
<b>14:30 AS 15:30</b>	OFICINA DA PALAVRA	ANDRÉA	REFEITORIO
<b>15:30</b>	LANCHE DA TARDE		REFEITORIO
<b>3ª FEIRA</b>			
<b>HORA</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>LOCAL</b>
<b>8:00 AS 9:00</b>	CAFÉ DA MANHÃ		REFEITORIO
<b>09:00</b>	OFICINA DO FUXICO	DEISE/TÂNIA	SALÃO DE ATIVIDADES
<b>11:00</b>	ASSEMBLÉIA	TÂNIA B / DEISE / DENISE	SALÃO DE CONVIVENCIA
<b>13:30 AS 14:30</b>	OFICINA EXPRESSIVA	DEISE/TÂNIA C.	SALÃO DE ATIVIDADES

<b>14:30 AS 15:30</b>	OFICINA LITERÁRIA	DENISE	REFEITORIO
<b>15:30</b>	LANCHE DA TARDE		REFEITORIO
<b>4ª FEIRA</b>			
<b>HORA</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>LOCAL</b>
<b>8:00 AS 9:00</b>	CAFÉ DA MANHÃ		REFEITORIO
<b>9:00 AS 10:00</b>	TEATRO	WALMERO / CLÁUDIO	SALÃO DE ATIVIDADES
<b>10:00 AS 11:00</b>	OFICINA DA POESIA	ANDRÉA	REFEITÓRIO
<b>11:00 AS 11:30</b>	OFICINA DO JORNAL	MURILO	SALA 4
<b>11:00</b>	ASSEMBLÉIA	FRANCI / CLÁUDIO / MARIA	SALÃO DE CONVIVENCIA
<b>13:30 AS 15:30</b>	OFICINA DA GERAÇÃO DE RENDA	RAQUEL / FRANCI	SALÃO DE ATIVIDADES
<b>14:30 AS 15:30</b>	OFICINA DA MÚSICA	MURILO	SALÃO DE CONVIVENCIA
<b>15:30</b>	LANCHE DA TARDE		REFEITÓRIO
<b>5ª FEIRA</b>			
<b>HORA</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>LOCAL</b>
<b>8:00 AS 9:00</b>	CAFÉ DA MANHÃ		REFEITÓRIO
<b>9:00 AS 10:30</b>	OFICINA DA CARTONAGEM	FRANCI	SALA 5
<b>9:30 AS 10:30</b>	OFICINA DE BIBLIOTECA	ANDRÉA VALMERO	REFEITÓRIO

<b>9:30 AS 10:30</b>	GRUPO DE FAMÍLIA	RAQUEL	SALA 4
<b>11:00</b>	ASSEMBLÉIA	ANDRÉA / RAQUEL / VALMERO	SALÃO DE CONVIVENCIA
<b>13:30</b>	OFICINA DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE E CUIDADOS PESSOAIS	RAQUEL / DENISE / TÂNIA C.	SALÃO DE ATIVIDADES
<b>15:30</b>	LANCHE DA TARDE		REFEITÓRIO
<b>6ª FEIRA</b>			
<b>HORA</b>	<b>ASSUNTO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>LOCAL</b>
<b>8:00 AS 9:00</b>	CAFÉ DA MANHÃ		REFEITÓRIO
<b>09:00</b>	CAMINHADA	MURILO	
<b>09:30</b>	GRUPO RODA DE CONVERSA	JULIANA	SALA 4
<b>11:00</b>	ASSEMBLÉIA	JULIANA / MURILO	SALÃO DE CONVIVENCIA
<b>14:00</b>	GRUPO FALAR DAS VOZES	JULIANA	SALA 4
<b>14:00</b>	OFICINA DO LAZER	DEISE / TÂNIA BORGES	SALÃO DE CONVIVENCIA
<b>15:30</b>	LANCHE DA TARDE		REFEITÓRIO