

Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização

Practices of CAPS 1 and the challenge of deinstitutionalization

Prácticas del CAPS I y el desafío de la desinstitucionalización

*Carina Furlaneto Frazatto**
*Juliana Cristina Fernandes***

Resumo

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental que visam, junto a outros dispositivos de atendimento da rede de atenção, garantir o cuidado de base comunitária para as pessoas em sofrimento psíquico. Este texto apresenta um relato de experiência de práticas implementadas por um CAPS I, entre 2011 e 2014, e reflete sobre elas à luz do processo de desinstitucionalização e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas brasileira. Tendo como base as práticas desenvolvidas no CAPS em questão, discutem-se: a noção de Projeto Terapêutico Singular, oferecendo uma proposta para guiar suas atualizações; as oficinas terapêuticas como possibilidade de concretizar espaços coletivos de cuidado; e, ações possíveis de serem desenvolvidas no território visando a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, ao revisitar as práticas do CAPS, o texto aponta caminhos e dificuldades para que as mesmas possam tornar-se coerentes e eficazes ante ao desafio da desinstitucionalização.

Palavras-chave: *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); saúde mental; reforma psiquiátrica; desinstitucionalização.*

* Universidade Estadual de Maringá (UEM), PR, Brasil. E-mail: caryfrazatto@hotmail.com

** Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social - Nemess - PUC SP, SP, Brasil. E-mail: asjulianacf@gmail.com

Abstract

In Brazil, the Psychosocial Care Centers (CAPS) are mental health services that aim, together with other care services, to ensure community-based treatment for people with mental disorders. This text presents an experience report about practices implemented in CAPS I, between 2011 and 2014, and makes reflections about them considering the deinstitutionalization process and the Brazilian National Mental Health Policy. Based on the practices developed in the CAPS in question, it discusses: the notion of Singular Therapeutic Project, offering a proposal to guide its updates; therapeutic workshops as a possibility to create collective spaces of care; and, possible actions to be developed in the territory aiming the consolidation of the Psychosocial Care Network (RAPS). Therefore, revisiting CAPS practices, the text points out ways and difficulties so that it become s coherent and effective in the face of deinstitutionalization challenge.

Keywords: Psychosocial Care Center (CAPS); mental health; psychiatric reform; deinstitutionalization.

Resumen

En Brasil, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son servicios de salud mental que tienen como objetivo, en conjunto con otros dispositivos de asistencia de la red de atención, garantizar el cuidado de base comunitaria para las personas en sufrimiento psíquico. Este texto presenta un relato de experiencia de algunas prácticas implementadas por un CAPS I, entre 2011 y 2014, y refleja sobre ellas a la luz del proceso de desinstitucionalización y de la Política Nacional de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas brasileñas. Teniendo como base las prácticas desarrolladas en el CAPS en cuestión, son discutidas: la noción de Proyecto Terapéutico Singular, ofreciendo una propuesta para guiar sus actualizaciones; los talleres terapéuticos como posibilidad de concretar espacios colectivos de cuidado; y, acciones posibles de ser desarrolladas en el territorio con vistas a la consolidación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). De esta forma, al revisar las prácticas del CAPS, el texto apunta caminos y dificultades para que ellas puedan tornarse coherentes y eficaces ante el desafío de la desinstitucionalización.

Palabras clave: Centro de Atención Psicosocial (CAPS); salud mental; reforma psiquiátrica; desinstitucionalización.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, instituída como política pública com a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, redireciona a atenção em saúde mental no Brasil, até então praticada, sobretudo, por meio de internações em hospitais psiquiátricos. Com isso, passa-se gradativamente a investir

em uma assistência direta às pessoas em sofrimento psíquico, por meio da atenção em serviços extra-hospitalares, que privilegiam o sujeito enquanto ser social, reconhece seus direitos e garante o cuidado em liberdade. Nesta direção, o processo de desospitalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos é considerado como possível, necessário, mas não suficiente, já que a substituição da assistência em saúde mental não se esgota com a saída deste público dos hospitais. É imprescindível garantir que o cuidado ao sofrimento psíquico seja redirecionado para outras formas e lugares, no território onde os usuários vivem, buscando efetivar um verdadeiro processo de desinstitucionalização que abarca dimensões práticas, políticas, culturais e ideológicas (Amarante, 1996).

De acordo com Rotelli, Leonards e Mauri (2001) o conceito de desinstitucionalização implica a transformação das relações de poder entre aqueles que sofrem psiquicamente e as instituições que deles se ocupam, bem como da relação das sociedades com tudo aquilo que difere do estabelecido como “normal”. E ainda, alude à modificação das estruturas de cuidado ofertadas na área da saúde mental implicadas em substituir a internação nos hospitais psiquiátricos, pelo cuidado especializado em liberdade.

Diante deste propósito, no Brasil, como resultados da luta de profissionais, militantes da Luta Antimanicomial, usuários e familiares, criam-se estratégias operacionais, aparato jurídico e político que estruturam o novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2007). De modo consistente, houve o redirecionamento dos recursos financeiros que passaram a ser predominantemente investidos na rede de serviços extra-hospitalares (Brasil, 2015), incluindo a ampliação e implementação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos equipamentos especializados em saúde mental, regulamentados, nos últimos anos, pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011).

Os CAPS se apresentam em diferentes modalidades a depender da população de abrangência, do público a ser atendido e dos tipos de demandas acolhidas. Em síntese, sua função é “... acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (Brasil, 2004, p. 9). Em consonância ao processo de

desinstitucionalização, tais atribuições devem ser realizadas em conjunto com uma rede de serviços que compartilhe ética e operacionalmente da substituição das práticas de segregação, tutela e assistencialismo, tipicamente exercidas nos hospitais psiquiátricos.

Contudo, um dos desafios do campo da saúde mental tem sido transformar tais princípios orientadores em práticas capazes de proporcionar, no cuidado cotidiano, estratégias efetivas de liberdade. Por vezes, ainda que conheçam e valorizem estratégias do campo da atenção psicossocial, os profissionais enfrentam dificuldades para viabilizá-las (Silva, Sousa, Nunes, Farinha & Bezerra, 2020; Menezes & Pegoraro, 2019).

Nesta direção, a proposta deste artigo é apresentar um relato de experiência a respeito da sistematização de algumas práticas implementadas e/ou reestruturadas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I do município de Marialva (Paraná-Brasil) e refletir sobre elas à luz do processo de desinstitucionalização e da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, vigente à época da experiência.

Entendemos que a análise de práticas sob a perspectiva da desinstitucionalização ganha fundamental importância em municípios de pequeno porte. Primeiramente, porque dentre a totalidade de CAPS, os da modalidade I, ou seja, aqueles direcionados a municípios com população entre 15 e 70 mil habitantes, somam 1069 unidades, representando aproximadamente a metade dos serviços implantados no país (48,4%), em decorrência do porte dos municípios brasileiros (Brasil, 2015). Nesta direção, autores têm defendido a importância de pesquisar como tem se dado o processo de desinstitucionalização em municípios com menor número de habitantes, considerando que esse processo não é uniforme em todo o país e toma contornos muito específicos em cada localidade (Boarini, 2009; Luzio & L'Abatte, 2009). Em segundo lugar, não menos importante, este dispositivo de atenção em saúde mental prevê ações e cuidados para variados segmentos populacionais, em diferentes fases da vida e em distintas condições sociais e psíquicas. Suas práticas atingem altos níveis de complexidade ao destinarem-se à multiplicidade de demandas, associada aos processos

de desinstitucionalização nos referidos municípios os quais, historicamente e culturalmente, de maneira geral, encontraram no hospital psiquiátrico o único destino para a loucura.

Considera-se oportuna a reflexão a respeito dos limites e possibilidades do que se oferece como opção de atendimento para o usuário em CAPS. Ademais, compreende-se a importância da análise crítica das ações alavancadas neste serviço, bem como da divulgação das experiências, gerando elementos para que outros CAPS reflitam sobre suas práticas. Entende-se que as dificuldades encontradas e os desafios postos não se limitam a este serviço, mas fazem parte do cotidiano de tantos outros que atuam nessa especificidade. Ao mesmo tempo, os contornos tomados por esta experiência carregam marcas do contexto onde foram desenvolvidas, o qual será descrito a seguir.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um relato de experiência que busca descrever as práticas desenvolvidas no CAPS I – Odeonel Lopes, no qual uma das autoras atuou como profissional no período de 2011 a 2014. Este serviço foi inaugurado em 2004, atendendo a pessoas em sofrimento psíquico grave, sobretudo egressos de internações psiquiátricas. Situa-se no município de Marialva, no Estado do Paraná (região sul do Brasil), com população estimada, para 2020, em 35.804 habitantes (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, 2021).

A equipe que compunha o serviço no período abordado era de 14 profissionais, entre psicólogas, assistente social, psiquiatra, enfermeira, auxiliar de enfermagem, pedagoga, monitoras de artesanato, auxiliar administrativa, auxiliares de serviços gerais e músico. Em média, 130 pessoas eram atendidas por mês: aproximadamente 70% da demanda referia-se a transtornos mentais graves e 30% a problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) era composta, à época, por sete equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), representando uma

cobertura de 100% da zona urbana e cerca de 80% da zona rural. Havia um serviço de saúde mental ambulatorial, onde atuavam duas psicólogas e um psiquiatra, os quais realizavam atendimentos individuais.

A atenção à urgência e emergência do município era realizada no Pronto Atendimento. Este recorria a hospitais localizados no município polo da região (Maringá-PR) para encaminhar os casos de crise em saúde mental. Junto a outros 66 municípios, somando-se uma população de um milhão e trezentos mil habitantes, os casos provenientes do município de Marialva-PR, pleiteavam vagas nos 26 leitos da Emergência Psiquiátrica, ou mesmo, nos 240 leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital Psiquiátrico, ambos localizados em Maringá-PR, a 20 km de distância.

Para elaboração deste relato, recorreu-se à memória e aos registros pessoais de uma das autoras e se considerou como fonte complementar de informação os arquivos do serviço que pudessem contribuir para o enriquecimento do mesmo. Tais arquivos incluíram documentos elaborados durante o período de 2011 a 2014, e consistiram em atas de reuniões de equipe e intersetoriais; tabelas e cronogramas constando as atividades realizadas periodicamente; e relatórios de atividades.

Os critérios para inclusão das práticas neste relato foram: 1) aquelas que foram reestruturadas entre 2011 e 2014, ou implementadas pela primeira vez, neste CAPS, no período mencionado; 2) aquelas cujas descrições permitissem reflexões e análises nos limites deste texto. A organização das mesmas em temas comuns permitiu que a discussão fosse estruturada em três temas: Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) uma proposta de atualização; Espaços coletivos de cuidado: as oficinas terapêuticas em foco; Do CAPS ao território: tecendo a RAPS.

As análises de cada tema foram amparadas nas considerações presentes em documentos oficiais da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, especialmente as seguintes publicações: Manual do CAPS (Brasil, 2004), Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de Atenção Psicossocial nos territórios (Brasil,

2015b), Informativo Eletrônico do Ministério da Saúde (Brasil, 2015), Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 e Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Também, consideramos as publicações da área referente aos temas tratados.

PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS): UMA PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO

Os PTS são descritos por Mororó, Colvero e Machado (2011) como instrumentos capazes de qualificar as condições de vida e recuperar a autonomia do usuário, por meio de ações que favoreçam a ampliação de espaços de relação e troca. Eles necessitam ser construídos, reconstruídos e reavaliados com a participação dos usuários, familiares e equipe multiprofissional. Para as autoras, “... através do diálogo e entendimento mútuo, pode-se estabelecer a relação entre as diversas intervenções e a interação dos profissionais de diferentes áreas, contribuindo para a realização de práticas mais integradas que levem a ações verdadeiramente transformadoras” (Mororó et al., 2011, p. 1172). O PTS é capaz de organizar o cuidado em saúde mental e se configura como “... uma das produções mais complexas da prática clínica que acontece na RAPS” (Lancetti, 2015, p. 04). Contudo, o estudo de Silva et al. (2020), demonstra que embora os profissionais do CAPS reconheçam a importância de realizá-lo, falta organização e sistematização em sua execução.

Durante a experiência enfocada, foram desenvolvidas estratégias para qualificar a elaboração dos PTS. Neste percurso, foram encontrados registros de projetos terapêuticos esquecidos e desatualizados, denotando que uma parte dos usuários, por passar anos repetindo as mesmas atividades e convivendo com o mesmo cotidiano, estariam desassistidos ou sendo foco de poucos investimentos por parte da equipe. Alguns deles estavam vinculados ao serviço desde a inauguração, ou seja, estavam sendo acompanhados pelo CAPS, na época, por pelo menos sete anos.

Reconhecida a necessidade de rever os PTS, estabeleceu-se uma agenda de revisões dos mesmos. Os PTS de cada usuário, foram discutidos e revistos durante as reuniões semanais da equipe e contavam com

a participação de todos os seus membros. A cada semana, revisava-se em média, quatro PTS, conforme recomendação dos profissionais, que sugeriam os casos a serem discutidos. O PTS de cada usuário era revisado ao menos uma vez por semestre, ou em um espaço de tempo menor, caso a equipe identificasse a necessidade de rever as decisões tomadas ou promover alterações mais imediatas.

Observa-se, assim, uma perspectiva de qualificação e singularização dos PTS de acordo com a gravidade das situações. Casos mais complexos por conterem uma sucessão de situações de risco pessoal e/ou social, e ainda, por contextualizarem situações de extrema vulnerabilidade social, por exemplo, podem ser aqueles PTS mais revisitados, inclusive, no plano da articulação com os demais serviços da RAPS (Lancetti, 2015).

Durante a experiência aqui descrita foi elaborado um modelo de projeto que pudesse impulsionar a reflexão sobre cada caso, incluindo necessariamente os seguintes itens: *frequência* dos usuários ao CAPS e seu vínculo com o serviço; *histórico* e acompanhamento das situações apresentadas desde o início do tratamento, focando nos aspectos que melhoraram, ou não, desde a última revisão de PTS; *prescrição* de medicação, identificando possíveis efeitos colaterais fruto do uso contínuo de fármacos; *interesses* pessoais dos usuários, visando mapear e estimular o conhecimento da equipe quanto a este fator; *intervenções* já realizadas, traçando uma síntese de todas as ações direcionadas ao usuário durante o período revisado, bem como avaliando o alcance das mesmas; *sugestões*, incluindo intervenções que pudessem ser praticadas dentro ou fora do CAPS, a partir das necessidades identificadas na revisão do PTS.

Estes itens permitiram visualizar alguns progressos, muitas vezes pequenos, mas com ganhos significativos, os quais, no cotidiano dos serviços, tendiam a passar despercebidos. Também, auxiliou a buscar aproximações com os usuários e seus familiares, tendo em vista que, os aspectos discutidos e propostos na reunião de equipe, eram dialogados com o usuário e sua família na semana subsequente por intermédio de um dos técnicos do serviço. Por vezes, esse diálogo produzia novos arranjos que eram compartilhados com a equipe na próxima reunião.

A revisão de PTS gerou alguns desdobramentos. Um primeiro ponto foi a discussão de que os PTS poderiam estar se baseando muito mais nas atividades que o serviço já tinha instituído, do que de fato nas necessidades singulares de cada caso. Acerca desse ponto, Lancetti (2015) indica que as características mais comuns na elaboração de PTS seria a de resumir-se a uma agenda de atividades do sujeito, deixando de ser explorado seu potencial de projeção de encontros e ações que vislumbrem a reinserção social e existencial de pessoas em sofrimento psíquico. Assim, nesta experiência a revisão dos PTS levou à constatação de que algumas das ações ofertadas eram limitadas, o que culminou em reflexões sobre as oficinas terapêuticas desenvolvidas no interior do serviço, conforme discutiremos no próximo item.

Um segundo ponto, seria a necessidade de resistir à lógica da produção em que as pessoas devem estar fazendo algo o tempo todo, incorrendo no risco mencionado por Salles e Barros (2007) de que as intervenções sejam direcionadas a deixar o usuário ocupado, numa tentativa de apenas mantê-lo dentro do serviço e não construindo intervenções que o ajudem na reconstrução de sua vida. Muitas vezes os processos terapêuticos levam anos de conversa e pequeníssimos, porém, significativos avanços, conforme aponta Lancetti (2015).

E, por fim, a revisão dos PTS apontou para a sensação de impotência da equipe que, por vezes, entendia que já havia oferecido tudo que estava ao seu alcance e, ainda, receava tutelar os usuários restringindo seu cotidiano à participação no CAPS. Essa questão é corroborada por Silva et al. (2020) ao demonstrar que as ofertas de atividades presentes nos PTS dos usuários ainda permanecem restritas ao interior dos serviços. Contudo, a recomendação é de que os PTS devem extrapolar “... necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios” (Brasil, 2015b, p. 10). Assim, implicam no desafio de buscar ocupar outros espaços, conforme trataremos mais adiante.

ESPAÇOS COLETIVOS DE CUIDADO: AS OFICINAS TERAPÊUTICAS EM FOCO

De acordo com as normativas da RAPS as “... atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes” (Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011). O privilégio dado aos espaços coletivos no âmbito da atenção psicossocial especializada é amparado na concepção de que estes espaços carregam potencialidades para romper com o isolamento que historicamente acompanhou as intervenções direcionadas àqueles que sofrem psiquicamente (Yasui, 2010; Costa & Figueiredo, 2008). Tais espaços tendem a fomentar a discussão e compartilhamento das situações cotidianas entre a equipe e os usuários do serviço e, por vezes, dos familiares. Sobretudo, é preciso reconhecer os espaços coletivos como fundamentais ao exercício da cidadania.

Neste relato de experiência foram enfatizadas as atividades coletivas desenvolvidas sob o título de oficinas terapêuticas, que constituem a maior parte das atividades terapêuticas desenvolvidas nos CAPS (Constantinidis, Cid, Santana & Reno, 2018; Menezes & Pegoraro, 2019). Assim, elas têm se constituído como organizadoras dos serviços substitutivos de saúde mental. Para Costa e Figueiredo (2008, p. 07) elas exercem um papel primordial “... tanto como elemento terapêutico quanto como promotoras de reinserção social, por meio de ações que envolvem o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito”.

Desde a inauguração do CAPS em questão, além de atendimentos individuais promovidos por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, o CAPS contava com duas modalidades de atividades coletivas. A primeira consistia na realização de grupos temáticos semanais, abertos, que atuavam no modelo da psicoeducação, conforme definição de Lemes e Ondere Neto (2017), nos quais eram discutidos assuntos relacionados à saúde física e mental. A segunda modalidade, era a chamada

oficina de artesanato. Nela, três monitoras de artesanato ensinavam crochê, bordado, pintura, além da confecção de produtos com lã e com papeis de diversos tipos.

É importante promover reflexão crítica sobre o que está sendo desenvolvido nos serviços de saúde mental. Entende-se que não trata, apenas, de oferecer algo, mas de buscar identificar se o que é oferecido vai ao encontro das necessidades dos usuários (Constandinidis et al., 2018).

À época, a equipe do CAPS I, começou a questionar quais outras opções de oficinas seriam viáveis, tendo em vista que cerca de 40% dos usuários não aceitavam participar de atividades de artesanato. E dentre os que participavam, alguns já há cerca de sete anos no CAPS, seguiam produzindo os mesmos produtos, por vezes entrando e saindo do serviço sem quase ou nenhuma interação. Essas dificuldades vêm ao encontro daquelas relatadas por Menezes e Pegoraro (2019) cujo estudo identificou: a falta de adesão dos usuários frente às atividades terapêuticas ofertadas, predomínio de oficinas que interessam somente a um determinado público (feminino) e a falta de articulação entre tais atividades e os PTS elaborados.

Buscando responder às necessidades dos usuários já identificadas na confecção dos PTS, novas propostas relacionadas a atividade física, culinária, música e beleza foram implantadas. Houve tentativas de promover uma oficina pedagógica para usuários que não sabiam escrever o próprio nome e para aqueles que tinham dificuldades em lidar com as cédulas de dinheiro; também uma horta terapêutica. Essas propostas emergiram, portanto, de sugestões feitas pela equipe com base em duas questões: a partir da revisão dos PTS na medida em que se identificou quais eram as necessidades de cada usuário em particular, que poderiam resultar em uma ação cujos benefícios fossem compartilhados por ele e por outros que frequentavam o CAPS; e, o que era possível oferecer, considerando os recursos humanos, o espaço físico e os materiais disponíveis.

As ofertas de atividades nos CAPS são, de maneira geral, propostas criadas pelas equipes (Menezes & Pegoraro, 2019). E, a princípio, neste CAPS, não foi diferente. Apesar do empenho dos profissionais em aumentar a oferta e a variedade das oficinas, observou-se que algumas dessas atividades não tiveram adesão espontânea dos usuários, que acabavam

participando mais por uma imposição do que propriamente pelo interesse. De certa forma, tais atividades foram disponibilizadas e o usuário foi “encaixado” nelas, ou seja, não foram atividades que partiram propriamente do desejo do usuário, mas sim da leitura que a equipe fez de suas necessidades. Aquilo que se desenha sem a participação dos usuários acaba por se caracterizar como ofertas que se repetem em diferentes CAPS e nos diversos serviços de saúde mental, quais sejam, o salão de beleza, algo relacionado à atividade física, algo artístico, algo para o lazer, entre outros, conforme demonstram os estudos de Constandinidis et al. (2018) e de Menezes e Pegoraro (2019).

Ao se materializar como uma oferta terapêutica embasada e proporcionada por especialistas, ganham consistência, mantêm-se ativas, conquistam participantes, alguns dos quais até se identificam com o que é proposto. Entretanto, sempre fica uma questão: quais atividades os usuários proporiam se tivessem oportunidade, tempo e disponibilidade dos profissionais em ajudá-lo a descobrir sua dignidade, sua criatividade e retomar seus poderes de contrato social? Essa também é uma questão para Silva, Paula Júnior e Araújo (2018), cujo estudo aponta que a participação dos usuários ainda é incipiente no que tange à saúde mental no SUS, e sugere que é preciso criar espaços e/ ou fortalecer aqueles que favorecem o protagonismo do usuário.

Buscando criar estratégias frente aos questionamentos elencados, posteriormente ao estabelecimento das novas atividades baseadas no olhar da equipe, foram implantados canais de comunicação com vistas a favorecer o diálogo com os usuários: durante os grupos temáticos buscou-se conhecer a visão deles a respeito das oficinas terapêuticas ofertadas no serviço; também, instaurou-se um quadro de sugestões permanentes onde eles poderiam, em qualquer tempo, se manifestar a respeito de assuntos relacionados ao CAPS, incluindo o funcionamento e organização das oficinas; e, ainda, estabeleceu-se a realização de assembleias, tendo a primeira delas o objetivo de discutir sobre as mudanças nas oficinas terapêuticas. Embora os dados longitudinais sobre os encaminhamentos e resultados advindos dessas ações não puderam ser conhecidos, uma vez que foram implementadas no final do período da experiência aqui descrita, pensamos que sua

proposição já aponta caminhos para a importância da reflexão a respeito daquilo que se efetiva como propostas nos CAPS e a importância da participação do usuário neste processo.

A efetivação, portanto, do protagonismo dos usuários nos CAPS perpassa sua participação já na elaboração e organização das atividades. Aliás, fazer ouvir a voz dos usuários é um dos pilares importantes da desinstitucionalização como um processo que se produz na comunidade e que se configura em mais do que uma mudança no cuidado e em novas formas terapêuticas (Venturini, 2016). Portanto, um processo que não se esgota no nível do indivíduo, tampouco nas dependências do CAPS, como afirma Bongiovanni e Silva (2019, p. 2):

Após 30 anos da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é necessário olhar para os efeitos produzidos pela desinstitucionalização; a produção de processos de “cronificação” dos usuários nos serviços (principalmente daqueles que têm no CAPS seu único local de convivência), e a necessidade da ampliação da circulação dessas pessoas pela cidade.

DO CAPS AO TERRITÓRIO: TECENDO A RAPS

Ter a desinstitucionalização como norte implica a construção de um novo lugar social para a loucura (Amarante, 2007). Autores têm questionado que lugar seria esse e até que ponto, este lugar não tem se limitado a um só serviço, como o CAPS. Observa-se o quanto o rol de atividades oferecidas nestes locais não se mantém, sobretudo, em seu próprio espaço, com pouca articulação com o território e seus recursos (Menezes & Pegoraro, 2019; Machado, Modena & Luz, 2020).

Diante deste desafio, foi realizado pela equipe do CAPS em foco, um mapeamento de pontos da cidade que ofertavam variadas atividades para a população. Embora esse levantamento continuasse em andamento quando se concluiu o período desta experiência, sua sistematização preliminar já permitia a construção de percursos de cuidado no território, fomentando a participação dos usuários em grupos de caminhada e ginásticas promovidos

pelos equipes de ESF, grupos direcionados aos idosos promovidos pela Secretaria de Assistência Social, e, em cursos promovidos por um instituto filantrópico da cidade.

Práticas como essas também foram descritas no levantamento realizado por Menezes e Pegoraro (2019), assegurando a potência para a formação de vínculos do usuário em espaços de sociabilidade, para a garantia de direitos sociais e, ainda, por tornar possível a percepção de familiares acerca do cuidado no território. Muitas vezes, segundo os autores, o trabalho dos profissionais consiste em promover articulações para desfazer estigmas e preconceitos que envolve os usuários do CAPS e suas experiências em novos espaços sociais.

A título de exemplo, nesta experiência acompanhou-se o caso de uma usuária que foi encaminhada ao setor da Secretaria de Assistência Social onde era oferecido curso de costura, o qual ela desejava fazer. Iniciado o curso, após duas semanas, o CAPS foi contatado por sua professora que informava a impossibilidade da usuária continuar no curso, pois seu ritmo era considerado lento para realizar algumas atividades, não conseguindo acompanhar a turma. Por meio de conversações entre funcionários do CAPS e do curso, chegou-se a um arranjo para que, em vez de fazer o curso em seis meses como os demais, pudesse ficar um ano no curso, seguindo o seu ritmo. O resultado, ao final deste período, foi que ela não só pôde ir ao CAPS com o diploma do curso, como vestia as roupas que ela própria confeccionara.

Vale ressaltar que ao realizar intervenções que conduzem o usuário em sua vida na comunidade, objetiva-se colocar em movimento uma via de mão dupla despertada, primeiramente, pelo rompimento do isolamento o qual a pessoa em sofrimento psíquico foi, historicamente, submetida, devolvendo a ela a oportunidade da convivência; e, em segundo lugar, coloca outras pessoas em contato com o sofrimento psíquico grave, permitindo a convivência com esta realidade, desconstruindo-se estigmas de periculosidade, e assim, contribuindo com os processos de desinstitucionalização. Tal como afirma Amarante (2015, p. 38-39):

É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência (internação em hospício, isolamento, invalidação, e mortificação), e exercitando novas

formas de cuidado e acolhimento, centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica, que as mudanças são maiores.

Nesta experiência, o conhecimento do território e o início da participação dos usuários em espaços diversos, estimulou parcerias com outros setores, ao mesmo passo em que evidenciou o desconhecimento de questões associadas ao sofrimento psíquico e seu cuidado. Com isso, foi elaborado uma agenda de matriciamento, que envolveu os setores da saúde – Equipes de ESF e do Pronto Atendimento –, da assistência social, do Ministério Público, profissionais dos institutos filantrópicos e de grupos de apoio.

A princípio, os profissionais do CAPS entraram em contato com cada um desses setores ou equipes solicitando um encontro, com duração de uma hora e 30 minutos, com os técnicos atuantes em cada um, conforme a disponibilidade deles. Em seguida, preparou um roteiro de informações a respeito do CAPS que envolvia seu histórico, objetivo, fluxo de atendimento na RAPS e um panorama geral sobre seu funcionamento. Nas datas combinadas, os serviços se reuniam para trocar informações, acolher as dúvidas, ajustar questões relativas ao fluxo de atendimento, viabilizar novos encontros, bem como delinear temas e propostas para futuras discussões. Embora o desenrolar dos encontros tivesse sempre questões do fluxo presentes, alguns deles focaram em discussões de caso, outros foram preenchidos com o estudo e discussão de alguma temática comum que pudesse contribuir para o avanço do cuidado em saúde mental.

A prática de Matriciamento, ou apoio matricial segundo Chiaverini (2011, p. 13): “... é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. Embora tenha sido bastante focado como uma ferramenta indispensável para a organização do cuidado entre a saúde mental e a atenção primária, na experiência relatada ele foi ampliado para outros âmbitos, mas com o mesmo objetivo de:

... proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à

população... O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (Chiaverini, 2011, p. 14-15).

Com o trabalho de matriciamento realizado, foi possível observar melhoras na organização do fluxo do atendimento, e na lógica do encaminhamento para a da corresponsabilização. Também, foi possível constatar uma aproximação do CAPS com relação ao cotidiano de outros serviços, desmistificando equívocos de compreensão sobre o trabalho do CAPS e sobre a loucura de modo geral. Para Silva et al. (2018) a conexão entre os serviços, a organização da atenção à saúde no SUS, bem como a operacionalização de um cuidado mais amplo e potente, são resultados da realização de matriciamentos efetivos.

Contudo, o território não se esgota na relação com outros profissionais, equipes ou setores, compreende também a comunidade. Se por um lado, no CAPS pesquisado foram encontradas ações que direcionavam o usuário para a comunidade, outras intervenções visavam o caminho inverso, ou seja, gerar uma aproximação da comunidade com o CAPS e com as questões relacionadas ao sofrimento psíquico e ao cuidado em liberdade.

Nesse sentido, foi implementado um projeto intitulado “Desafios no cotidiano do CAPS I: a geração de renda como forma de promover socialização”, cujo objetivo era comercializar os trabalhos desenvolvidos no CAPS, apresentando-os à comunidade mediante participação em feiras e eventos promovidos na cidade e na região. Essa participação fez com que a comunidade conhecesse os produtos confeccionados no CAPS, assim como o objetivo, a clientela e a filosofia deste serviço. Para Yasui (2010, p. 129) a participação em feiras livres, para mostra e venda da produção artesanal, é um dos exemplos de “... como podemos ter o território como cenário dos encontros, como matéria-prima de processos de subjetivação, de autonomia”.

Fez parte deste processo a realização de feiras de artesanato promovidas pelo CAPS ao menos duas vezes ao ano, ao longo de uma semana, em frente ao próprio serviço, localizado na região central da cidade. Nesses dias, todas as oficinas eram desenvolvidas na frente do serviço, os

usuários continuavam confeccionando seus produtos no mesmo espaço e no momento em que as vendas aconteciam. Porém, automaticamente, sem discussões ou questionamentos, eram os funcionários quem cuidavam da apresentação dos produtos e das vendas, ainda que o repasse financeiro fosse feito, posteriormente, aos usuários. Ao não protagonizarem a comercialização de seus produtos, os usuários não tinham acesso a importantes elementos da geração de renda: a autonomia e o exercício da cidadania, conforme destacam Galves, Luiz, Ramos Júnior e Pinho (2016). Assim, se essa configuração das feiras gerava interessantes aproximações com a comunidade e carregava a possibilidade de diminuir o estigma, por outro lado, é necessário problematizar seu alcance do ponto de vista do protagonismo dos usuários, na medida em que evidenciava a tutela sobre a qual era amparada. Ou seja, tal qual a própria organização das oficinas terapêuticas, a qual discutimos anteriormente neste texto, o formato dessas feiras acabava não partindo propriamente do desejo e da opinião dos usuários em sua organização e desenvolvimento.

De todo modo, as iniciativas desenvolvidas podem ser consideradas um primeiro passo em direção ao território. Tal como afirma Bongiovanni e Silva (2019, p. 12): “Na rotina de um serviço de saúde é importante que os profissionais fiquem atentos a outros dispositivos da cidade, sendo propositivos na apresentação e construção de novos espaços a serem experimentados”.

Ainda, outras estratégias direcionadas à comunidade foram identificadas partindo do CAPS I, tais como ações em datas comemorativas: 10 de outubro (Dia Mundial da Saúde Mental) e 18 de maio (Dia da Luta Antimanicomial), quando foram realizadas passeatas na cidade, esclarecimentos na rádio local, distribuição de cartilhas, panfletos, sobre saúde mental e sobre como deve ser realizado o cuidado de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esse tipo de intervenção, classificada por Amarante (2015) como pertencente à dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, possibilita intervir nas formas como a sociedade interpreta o fenômeno da loucura, do sofrimento psíquico e as formas de assistência a

ele direcionadas. Para o autor: “A intervenção cultural tem como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, ao louco ou à doença e ao doente” (Amarante, 2015, p. 38).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da experiência relatada foi possível apresentar um recorte de práticas desenvolvidas no CAPS I, apontando caminhos e dificuldades, à luz do processo de desinstitucionalização. Em si mesmas, tais práticas podem não trazer grandes novidades, no entanto, a reflexão sobre elas é capaz de contribuir para que sejam revisadas e repensadas, quanto ao lugar que ocupam no processo de desinstitucionalização e no cotidiano dos serviços.

A discussão a respeito dos projetos terapêuticos apontou para a importância de se implementar formas de sistematização periódica dos mesmos, considerando-se a singularidade dos casos e os recursos presentes no território. Sua revisão organizada auxiliou na identificação de progressos e impasses presentes na condução dos casos, abrindo novos horizontes à reflexão das práticas que eram sugeridas em cada PTS.

Ao revisitar a implantação de novas propostas para as oficinas terapêuticas, este relato demonstrou que a participação dos usuários não foi levada a cabo, pelo contrário, partiram do olhar da equipe e só mais tarde isso foi problematizado. Contudo, somente há protagonismo com a participação. Esse ponto é imprescindível para o avanço da desinstitucionalização em termos concretos e culturais.

Por fim, a descrição de estratégias que visavam aproximar o CAPS do território, demonstrou que tecnologias já disponíveis na literatura sobre atenção psicossocial, como o matriciamento, a participação em feiras livres e a construção de projetos de geração de trabalho e renda, são capazes de produzir articulações intersetoriais e com a comunidade.

Assim, conclui-se pela a necessidade constante de rever as atividades oferecidas nos CAPS, sua origem e seu funcionamento, construir projetos terapêuticos inovadores – que de fato rompam com a lógica da doença – e criar formas de consolidar a relação do CAPS com a RAPS e com a rede

intersectorial. Para além de repensar as práticas desenvolvidas dentro dos CAPS, é preciso analisar como elas podem extrapolar seus muros, atingindo o território, promovendo ações que somem à concretização do processo de desinstitucionalização.

Após mais de três décadas das primeiras experiências em CAPS alavancadas no Brasil, pode-se afirmar que esse serviço já possui formas de funcionamento, mais ou menos, estabelecidas e ocupa um importante lugar na composição da RAPS. Em essência, os CAPS se originaram de experiências de cuidado implementadas no final da década de 1980 e a partir das quais foram sendo construídas novas formas de conceber e tratar o sofrimento psíquico. Esse relato é mais uma demonstração dessas experiências e de como elas podem se configurar no cotidiano do cuidado.

Em tempos de ataque explícito às propostas e avanços conquistados no campo da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, por meio de propostas que retomam o uso de eletrochoque e a institucionalização nos hospitais psiquiátricos como “recursos” da RAPS (Nota técnica nº11, de 04 de fevereiro de 2019) (Brasil, 2019), não é demais revisitarmos práticas desenvolvidas no âmbito do CAPS, buscando torna-las mais coerentes e eficazes ante ao desafio da desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em: P. Amarante (Eds.), *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados* (pp. 15-52). São Paulo: Zagodoni.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF.

- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011 e republicada em 21 de maio de 2013 (2011/2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado em 20 de abril, 2021, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Ministério da Saúde (2015). *Saúde mental em dados 12*. Informativo eletrônico 10(12). Brasília, DF. Recuperado em 10 de maio, 2016, de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde (2015b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2019). *Nota técnica nº 11*, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF. Recuperado em 4, março, 2019, de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, 15(1), 28-50.
- Bongiovanni, J., & Silva, R. A. N. (2019). Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 31, e190259. Recuperado em 21, abril, 2021, de <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>
- Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

- Constantinidis, T. C., Cid, M. F. B., Santana, L. M., & Renó, S. R. (2018). Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. *Temas em Psicologia*, 26(2), 911-926. Recuperado em 02, maio, 2021, de <https://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-14pt>
- Costa, C. M. & Figueiredo, A. C. (2008). Apresentação. Em C. M. Costa & A. C. Figueiredo. (Eds.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 7-10). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Galves, F. R., Luiz, C. C. A., Ramos Júnior, J. E. P. & Pinho, K., L. R. (2016). Trabalho e geração de renda como produção de cidadania na saúde mental: a experiência do núcleo de oficinas e trabalho de Campinas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(18), 206-213, recuperado em 24, abril, 2021, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69277>
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES (2021). *Caderno estatístico município de Marialva*. Recuperado em 16 de abril, 2021, de <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86990&btOk=ok>
- Lancetti, A. (2015). *Curso de aperfeiçoamento em saúde mental. Módulo 3: O Projeto Terapêutico Singular e o trabalho de matriciamento*. São Paulo: Una-SUS / Unifesp.
- Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 20 de junho, 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. Recuperado em 21, abril, 2021, de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Luzio, C. A. & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116.

- Machado, A. R., Modena, C. M., & Luz, Z. M. P. (2020). Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300118. Recuperado em 23, abril, 2020, de <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300118>
- Menezes, G. P., & Pegoraro, R. F. (2019). Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e189050. Recuperado em 20, abril, 2021, de <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050>.
- Mororó, M. E. M. L., Colvero, L. de A. & Machado, A. L. (2011). Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (5), 1171-1176.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Salles, M. M. & Barros, S. (2007). Reinternação psiquiátrica em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 73-81.
- Silva, N., Sousa, J. M., Nunes, F. C., Farinha, M. G., & Bezerra, A. L. Q. (2020). Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 25(1). Recuperado em 16, abril, 2021, de <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>.
- Silva, T. A., Paula Júnior, J. D. & Araújo, R. C. (2018). Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(2), 346-363. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>.
- Venturini, E. (2016). *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Recebido em 22/07/2019

Aceito em 28/06/2021