



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES  
Curso de Psicologia

**JÉSSICA PRISCILA LAGO**

**O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL  
NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

BRASÍLIA  
2017

**JÉSSICA PRISCILA LAGO**

**O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL  
NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Monografia apresentada como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo e conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciência da Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Professora-orientadora: Tania Inessa Martins de Resende.

BRASÍLIA

2017

**JÉSSICA PRISCILA LAGO**

**O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL  
NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Monografia apresentada como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo e conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciência da Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Professora-orientadora: Tania Inessa Martins de Resende.

Brasília, julho de 2017

Banca Examinadora:

---

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende  
Orientadora

---

Examinador

---

Examinador

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo a reflexão sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto instrumento de empoderamento do usuário de saúde mental. Essa reflexão foi construída a partir de grupos focais realizados com usuários, trabalhadores e gestores de CAPS em um projeto de pesquisa, coordenado pelo Observatório de Saúde Mental do DF. Teve início com um referencial teórico que visa a apresentação da saúde mental. No primeiro capítulo apresenta a concepção de loucura pela sociedade até o momento atual, com a reforma psiquiátrica brasileira. O capítulo dois apresenta os Centros de Atenção Psicossocial, um modelo de serviço que pertence a Rede de Atenção Psicossocial, em substituição ao modelo hospitalar, e a importância do protagonismo do usuário dentro do seu PTS, participando ativamente da construção do seu processo de tratamento. A partir de uma análise reflexiva de narrativas, elaboradas pela equipe do OBSAM utilizando as transcrições de áudios gravados durante os grupos focais, foi possível pensar sobre a importância da participação do usuário no processo de construção de seu plano terapêutico e de seu tratamento, empoderando-o. A análise foi produzida a partir de categorias criadas com o que chamou atenção da autora nas narrativas e depois reinterpretadas, utilizando o método da Hermenêutica da Profundidade (HP). No desenvolvimento deste estudo foi evidenciado que os gestores, trabalhadores e usuários têm consciência do que é necessário para a elaboração de um PTS que traga os melhores resultados, porém possuem limitações além de seu alcance para que a melhora seja imediata. Ao mesmo tempo, algumas estratégias poderiam ser modificadas e a troca de informação entre os diversos serviços possibilitou que algumas práticas já começassem a mudar desde a participação no projeto, que já trouxe resultados.

**Palavras-chave:** Empoderamento. Protagonismo do usuário. Saúde Mental. Projeto Terapêutico Singular.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	6
<b>1 A CONCEPÇÃO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	6
1.1 Conceção da Loucura.....	6
1.2 Reforma Psiquiátrica.....	10
<b>2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)</b> .....	14
2.1 Protagonismo do usuário: o desafio do empoderamento.....	16
2.2 Plano Terapêutico Singular (PTS).....	18
<b>3 REFLEXÃO A PARTIR DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS</b> .....	22
3.1 Análise Sócio-Histórica.....	24
3.2 Análise Formal/Discursiva.....	25
<i>I) Entendimento Sobre o PTS e Empoderamento do Usuário</i> .....	26
<i>II) A Construção do PTS</i> .....	28
<i>III) Acompanhamento do PTS</i> .....	31
<i>IV) A importância do vínculo para a construção do PTS</i> .....	32
<i>V) Além do CAPS</i> .....	34
3.3 (Re) Interpretação.....	36
<b>CONCLUSÃO</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	42

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica tem como objetivo a substituição de serviços de internação, conhecidos por seus tratamentos desumanos, por serviços abertos, com fácil acesso para a população, além de serem articulados com a comunidade, para facilitar a ressocialização de pessoas que por séculos foram marginalizadas (VASCONCELOS, 2013). Apenas no ano de 2001 foi sancionada a Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009). E dez anos depois, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 3088/2011, criando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que funciona no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A RAPS dispõe de serviços criados em substituição ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e de carácter transitório, como as Unidades de Acolhimento (UA's), entre outros (BRASIL, 2011). O esperado é que, a partir do desenvolvimento da RAPS, o sujeito que está enfrentando algum transtorno mental encontre serviços com disponibilidade para atender às suas necessidades, além de incluir em seu tratamento a sua família e a comunidade em que este está inserido (BRASIL, 2011).

Em 25 de outubro de 2016 foi lançado, oficialmente, o Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal (OBSAM), com a proposta de contribuição na formação de recursos humanos, na formulação e execuções de ações norteadoras dos processos de gestão, entre outras, objetivando a consolidação da rede de atenção psicossocial no Distrito Federal (OBSAM, 2016).

O OBSAM tem como objetivo geral “desenvolver estudos e metodologias para análise da implementação de políticas de saúde com foco em recursos humanos para intervenção na RAPS DF” (LIMA; GUSSI, 2016, p. 1) e objetivos específicos:

disponibilização e monitoramento de informações; desenvolvimento de uma rede colaborativa da rede psicossocial regional, nacional e internacional; elaboração de estratégias de formação e de educação

no campo da saúde mental; desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão (LIMA; GUSSEI, 2016, p. 1).

O Observatório também conta com uma plataforma, chamada Plataforma OBSAM, que possui “mapeamento da rede de atenção psicossocial do DF, desenvolvimento de projeto de pesquisas e extensão, cursos de formação, biblioteca de produções científicas, informações sobre filmes, links de interesse na área, notícias” (LIMA; GUSSEI, 2016, p. 1). Entre os cursos de formação possuem cursos na modalidade EaD, que tem como foco a “formação dos agentes comunitários de saúde nas ações preventivas ao uso indevido de álcool e outras drogas” (LIMA; GUSSEI, 2016, p. 1). E os projetos de pesquisa e extensão podem ser realizados em duas áreas: “saúde mental, vulnerabilidades sociais, participação e redes de proteção comunitária – abordagem do tratamento comunitário” (LIMA; GUSSEI, 2016, p. 1) e; “reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa” (LIMA; GUSSEI, 2016, p. 1).

No que tange a Pesquisa Avaliativa, o Observatório desenvolveu um projeto de avaliação participativa e apoio institucional, por meio de um curso, feito ao longo de 15 encontros, com a formação de três grupos de interesse - trabalhadores dos CAPS, gestores e usuários - indicados pela equipe do serviço - CAPS e Unidade de Acolhimento (UA) (LIMA; GUSSEI, 2016).

O intuito desse curso foi de promover reflexões acerca das concepções dos participantes no que concerne aos temas abordados, para promover a construção de indicadores, estes também a serem discutidos e avaliados em grupo por meio da construção de consensos (LIMA; GUSSEI, 2016). A formulação dos indicadores teve como intuito a sua aplicação nos serviços aos quais os participantes estavam vinculados e a posterior discussão dos resultados nos encontros imediatamente posteriores (FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2008).

A avaliação participativa, em linhas gerais, é marcada pelo envolvimento de outros agentes que não os próprios pesquisadores e avaliadores no processo de avaliação, como por exemplo trabalhadores, gestores, usuários e familiares de usuários do serviço a ser analisado (FURTADO et al, 2013). O intuito dessa modalidade de pesquisa avaliativa é tornar o processo de

avaliação, de certa forma, mais flexível, a fim de expandir a participação daqueles que conduzem os programas ou serviços analisados. Os resultados são espaços de participação que têm como ponto de partida o próprio conhecimento a ser criado a partir da avaliação do serviço ao qual os participantes estejam vinculados (FURTADO et al, 2013). O compartilhamento da pesquisa avaliativa com esses agentes de grupos diversos objetiva a qualificação dos participantes, a fim de uniformizar as práticas avaliativas e evitar distorções ou equívocos entre eles (FURTADO et al, 2013).

No Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal, além dos três grupos de interesse, formados por trabalhadores, gestores e usuários dos CAPS e UA, formou-se um grupo de capacitação específica em apoio institucional, para auxiliar o processo de avaliação dos serviços de saúde mental no território (LIMA; GUSSI, 2016).

Os três grupos passaram pela etapa de formação do projeto, utilizando-se de metodologias ativas para incitar a reflexão acerca dos temas previstos no roteiro e introduzidos por meio de perguntas disparadoras, com o uso de aporte teórico, com o intuito de produzir os supramencionados indicadores (LIMA; GUSSI, 2016). Entre os temas abordados nas reuniões dos grupos, foi discutida a construção de projetos terapêuticos singulares, assunto específico a ser tratado no presente trabalho.

Essa etapa de formação contou com aulas e grupos focais sobre variados temas, a saber: gestão dos CAPS, acolhimento, projeto terapêutico singular, autonomia/organização dos usuários e atenção à crise. Miranda et al (2008) apontam que o grupo focal é uma técnica para a coleta de dados em que todos devem ter conhecimento sobre o tema, de forma que todos os participantes possam contribuir para a discussão com as suas experiências. Este grupo deve ser acompanhado por um moderador, que possui a função de manter a discussão do grupo focada no assunto de interesse, sem dispersões e conflitos, encorajando todos a participar, além de, periodicamente, fazer um resumo das ideias básicas que já apareceram na discussão para incentivar um maior debate sobre o tema e esclarecer possíveis dúvidas. Entretanto, o moderador deve ter a habilidade de conduzir a discussão, sem tomar um posicionamento (MIRANDA et al, 2008).



Segundo os autores, além do moderador, o grupo focal deve contar com um observador, que tem a função de acompanhar as comunicações não verbais, fazendo anotações sobre as contribuições do grupo, os momentos em que a maioria concorda ou discorda, as conversas paralelas, e outras observações que podem ser relevantes. Além de a discussão do grupo ser gravada em áudio, com a autorização de todos os participantes, para garantir a preservação dos dados que forem coletados (MIRANDA et al, 2008).

Com o material coletado a partir dos grupos focais, os áudios, é construída a narrativa (ONOCKO CAMPOS, 2008). A narrativa é escrita em primeira pessoa do plural, e nela se pretende manter os principais argumentos compartilhados durante o grupo focal, a partir das questões que os roteiros de perguntas traziam. Os textos, que apenas o moderador do grupo escreve, possuem diversos autores, além de possuírem consensos e dissensos. São construídas em forma de uma síntese não linear (MIRANDA et al, 2008; ONOCKO CAMPOS, 2008).

A etapa subsequente do projeto era a fase de dispersão, marcada pelo pré-teste dos indicadores do serviço formulados nos encontros dos grupos de interesse, seguido da sua avaliação para se chegar à etapa final de produção e validação dos indicadores de avaliação a serem aplicados nos CAPS e nas UA's (LIMA; GUSSI, 2016).

Eu, como autora desta monografia, participei do curso e projeto de pesquisa do OBSAM sobre a “reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa” (LIMA; GUSSI, 2016, p. 1), durante o primeiro semestre do ano de 2017 e desenvolvi essa escrita a partir das narrativas construídas depois dos grupos focais com gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, respectivamente, sobre o tema Projeto Terapêutico Singular, como dito anteriormente.

Essa monografia tem como objetivo geral refletir sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto um instrumento de empoderamento do usuário de saúde mental a partir das narrativas de usuários, trabalhadores e gestores. Com os objetivos específicos: analisar a importância do PTS para o usuário de saúde mental, a partir das narrativas; compreender como o PTS é elaborado e acompanhado, a partir das narrativas; compreender de que forma

acontece o empoderamento do usuário de saúde mental dentro do seu tratamento, a partir das narrativas; e analisar as narrativas, a fim de perceber semelhanças e diferenças entre elas.

Esse estudo se justifica na importância do Projeto Terapêutico Singular, não só para o sujeito, como também para a equipe de saúde que irá lidar com o usuário do serviço. Um PTS bem organizado e acompanhado, com as atividades de interesse do usuário, contribui para a atuação e o empoderamento do sujeito.

No primeiro capítulo fiz uma contextualização histórica da concepção da loucura pela sociedade até a reforma psiquiátrica, para uma melhor compreensão do campo de saúde mental e como este se constituiu no Brasil.

Já no capítulo dois, apresentei o Centro de Atenção Psicossocial, que é o campo em que grande parte das experiências utilizadas no projeto de pesquisa do OBSAM, e nesse estudo, se passam, aprofundando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular e na importância deste ser construído juntamente ao usuário, de forma a torná-lo protagonista em seu tratamento.

No capítulo três, darei lugar a reflexão a partir das narrativas elaboradas no projeto de pesquisa do OBSAM, utilizando como método a Hermenêutica da Profundidade (HP) proposta por Thompson e reformulada por Demo (2001). Nessa etapa, foi realizada uma contextualização sócio-histórica do campo de pesquisa, além de uma análise discursiva sobre as narrativas em que utilizei categorias, de acordo com Bardin (1977). Por fim, fiz uma re(interpretação) a partir dos aspectos que me chamaram a atenção na construção das categorias anteriores.

## DESENVOLVIMENTO

### 1. A CONCEPÇÃO DE LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

#### 1.1. Concepção de Loucura

De acordo com Foucault (2002, p. 163), a loucura não existe fora da sociedade, “fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam”. Segundo o autor, na Europa, na Idade Média, o louco já era reconhecido e era permitido a ele vagar em meio à sociedade. Porém, aproximadamente no século XVII, conforme iniciava a sociedade industrial e surgiam as suas exigências, o louco parou de ser tolerado, surgindo quase que simultaneamente estabelecimentos para interná-lo na França e na Inglaterra. Neste tipo de estabelecimento colocavam-se “todos aqueles que se encontravam fora da ordem social” (FOUCAULT, 2002, p. 265), como velhos, desempregados, doentes, etc. Ou seja, tudo o que desviava do “normal” era considerado loucura.

Ao ser interditado, o louco perdia a sua cidadania, sendo privado de seus direitos e responsabilidades. Depois de ser rotulado como louco, o indivíduo passava a ser considerado incapaz de cuidar de sua própria vida, passando a ser tutelado pelo Estado, pelo médico ou por um familiar (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010). Do século XVII ao XIX era direito da família pedir que o familiar fosse internado, após o século XIX esse direito foi sendo transferido à autoridade psiquiátrica que o tratava, baseando-se na proteção do louco, que seria destituído do poder sobre a própria vida (FOUCAULT, 2002; ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Segundo Shorter (2001), os manicômios já existiam desde a Idade Média nas cidades grandes, pois sempre existiram pessoas com transtornos mentais e algum tipo de demência que não possuíam lar, em razão de muitas famílias as expulsarem de casa, o que aumentava o número de mendigos nas ruas. Essas pessoas eram alojadas às vezes em hospícios para doentes e criminosos, outras vezes em prisões e asilos. Porém, como antes do século XIX era responsabilidade da família cuidar dos loucos, essas pessoas muitas vezes eram mantidas em cativo, acorrentadas ou enjauladas dentro de

celeiros ou outros espaços dentro do terreno familiar. Possuir um membro louco na família era visto como algo vexatório, razão pela qual aqueles que desviavam das rígidas regras e costumes da sociedade da época eram mantidos em condições extremamente precárias, isolados do convívio em comunidade, para que não entrassem em contato com outras pessoas (SHORTER, 2001).

Foi somente em meados do século XIX, no entanto, que a loucura começou a ser reconhecida como patologia. Segundo Ornellas (1997, p. 85), até então, “a humanidade convivia com a loucura, explicando-a, aceitando-a ou punindo-a sem, no entanto, inseri-la, especificamente, em alguma de suas práticas de cuidado e intervenção”. O que sucedeu neste momento foi o reconhecimento da loucura como doença mental e a integração da psiquiatria aos campos de estudo da medicina, dedicada aos distúrbios psicológicos (FOUCAULT, 2002).

De acordo com Shorter (2001), o nascimento da psiquiatria, enquanto disciplina, aconteceu ao se acreditar que as instituições psiquiátricas poderiam ter uma função terapêutica. Tais instituições, além de remover as perturbações que os loucos causavam na sociedade e na família que era envergonhada, poderiam ajudar a melhorar o doente. Conforme o autor, William Battie foi o primeiro psiquiatra que defendeu os benefícios terapêuticos de se institucionalizar doentes, fundando o manicômio de St. Luke's Hospital, em 1751. Battie afirmava que o isolamento do doente, que só teria contato com os enfermeiros do manicômio, era a melhor forma de tratá-lo (SHORTER, 2001).

A partir do desenvolvimento da indústria no século XIX, iniciou-se um movimento nas instituições, levando aqueles que eram capazes de trabalhar para servir as indústrias e os que não eram capazes, considerados loucos, passaram a ser internados em um novo estabelecimento. Não sendo mais internados em estabelecimentos de internação, e sim em hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 2002). Durante a transição do hospital geral para o hospital psiquiátrico, eles então passaram a ser considerados como portadores de distúrbios psicológicos. E neste momento o que seria chamado de doença mental foi descoberto e se desenvolveu (FOUCAULT, 2002).

Uma das personalidades consideradas mais relevantes para a história da ascensão da psiquiatria foi Phillipe Pinel, psiquiatra francês do início do

século XIX, que, aos 38 anos, foi chamado pelo governo jacobino para auxiliar o gerenciamento do Hospício de Bicêtre. De acordo com Shorter (2001), Pinel possuía muitas ideias reformistas, humanitárias e terapêuticas, razão pela qual levou crédito e ficou conhecido como responsável, em 1793, por abolir as correntes metálicas, utilizadas como forma de contenção dos pacientes, em meio ao processo de tratamento dentro da instituição psiquiátrica. Todavia, há de se ressaltar que foi o administrador do Hospital Bicêtre, Jean-Baptiste Pussin, que ativamente deu as ordens para remover as correntes dos loucos dentro da mencionada instituição, ordem esta que foi apenas executada por Pinel, apesar de ter levado o crédito por tal façanha (SHORTER, 2001).

Ainda de acordo com Shorter (2001), em 1795, Pinel também implementou essa ideia de remoção das correntes de contenção no Hospital Saltêtrière, durante o período em que assumiu a diretoria desta instituição. As duas instituições, Bicêtre, para homens, e Salpêtrière, para mulheres, eram hospitais gerais, fundados na França, em 1656, por Luís XIV. Os dois eram grandes hospícios parisienses para os criminosos, os sem abrigo, os doentes e os insanos (SHORTER, 2001). No entanto, o que tornou Pinel um marco da história da psiquiatria foi o manual que publicou em 1801, com base em suas experiências, afirmando que o manicômio era um lugar para se realizar terapia psicológica. Afirmava que havia esperança de se devolver à sociedade aqueles indivíduos que acreditava-se não terem solução; que era necessário dar a estes atenção mais constante e ajudar a fortalecer as faculdades da razão (SHORTER, 2001).

Tenório (2001, p. 20) aponta Pinel como o responsável por “humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais nos quais os loucos se encontravam recolhidos, junto com outros marginalizados da sociedade”. De acordo com Foucault (2002), Pinel mantinha os loucos dentro dos estabelecimentos, apenas liberando as outras pessoas que ocupavam esses espaços, como velhos, enfermos e prostitutas.

Foucault (1972) afirma que não era possível saber qual era a intenção de Pinel ao libertar os alienados, esta ação foi marcada por uma ambiguidade, por esperar-se a criação de um domínio em que a loucura aparecesse como verdade pura, objetiva, porém que a criação desse domínio acontecesse sobre um modo ideal, extremamente distanciado, com a figura do louco misturando-

se com a do não-louco, em uma proximidade indiferenciável. Dessa forma, a loucura ganhou em precisão nos esquemas médicos, mas perdeu “em vigor na percepção concreta” (FOUCAULT, 1972, p. 513). A instituição que afasta o indivíduo de sua realidade, asilar, o lugar em que a loucura “deve encontrar sua verdade, não mais permite distingui-la daquilo que não é sua verdade. Quanto mais objetiva, menos é certa” (FOUCAULT, 1972, p. 513). Basaglia (2005) aponta que o sujeito, quando em situação de internação, onde é coagido a arbitrariedades e humilhações, independente de qual seja o seu estado mental, deixa de ter sua identidade e imagem, passando a incorporar o que a instituição lhe impõe, já que não é mais uma pessoa individual com nome e características, tudo isso toma a forma de um diagnóstico.

Para Rinaldi e Burszty (2008), o discurso médico ocupa um lugar que determina a vida do homem moderno, pois fundamentado na ciência, mesmo ao reconhecer a morte como inevitável, promete a saúde como forma de salvação. Abordando a doença como algo objetivo e dissociado do sujeito, “como um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico” (RINALDI; BURSZTYN, 2008, p. 34). O que fica também evidente na psiquiatria, que foi a primeira medicina especial, em sua definição de doença mental, “que transforma a loucura em objeto de uma terapêutica, separando-a do homem, seja para relegá-la ao universo da desrazão, seja para reduzi-la a um distúrbio orgânico” (RINALDI; BURSZTYN, 2008, p. 34).

Sá e Pereira (2006) apontam que o louco, ao ser transformado em doente mental, serviu como um ícone de normalização, pois conforme a Psiquiatria se constituiu como instrumento de poder disciplinar, forneceu mais instrumentos para o controle da subjetividade, tornando ainda mais condicionada a manifestação da individualidade. De acordo com os autores, a psicologia estuda a subjetividade dos indivíduos e a forma como a disciplina interfere nela. Dessa forma, o conhecimento psicológico analisa as formas como o indivíduo é submetido às normas sociais e também a interioridade do sujeito. Quando a doença mental surgiu como forma de padronização, ficou evidente que a subjetividade é determinada pela cultura em que o sujeito está inserido (SÁ; PEREIRA, 2006).

Segundo os autores, ao ser disciplinado o sujeito é encaminhado à submissão. Essa disciplina faz com que o indivíduo interioriza a forma pela qual

pode se manifestar e perceber a si mesmo na sociedade. Dessa forma, a psicologia surge como um conhecimento que está a serviço desse poder disciplinar, ajudando o sujeito a conviver com a submissão, oferecendo mecanismos para se ajustar à disciplina e fugir dos diagnósticos da psicopatologia (SÁ; PEREIRA, 2006).

Sá e Pereira (2006) destacam que cabe a psicologia, também, mostrar ao sujeito que o mesmo é capaz de se reconstruir enquanto possui o conhecimento desse mecanismo disciplinar. Ao se libertar dos padrões impostos pela sociedade, o sujeito poderia então afirmar a si mesmo como indivíduo, que pensa e decide o que quer fazer, que entende os seus desejos e escolhe se submeter as leis (SÁ; PEREIRA, 2006).

## **1.2 Reforma Psiquiátrica**

Segundo Tenório (2002), o ato de desacorrentar os loucos realizado por Pinel é o mito da criação da psiquiatria, que já nasceu como uma reforma. E essas iniciativas de reforma continuaram ao longo do século XIX, tendo em vista dar orientações científicas aos novos estabelecimentos. No começo do século XX então, foram feitas críticas quanto a insuficiência do asilo, o que deu início a produção do modelo das colônias agrícolas (TENÓRIO, 2002). De acordo com Tenório (2002), o que hoje ficou conhecido com reforma psiquiátrica foi marcado pelo fato de que a crítica ao modelo asilar deixou de focar em seu aperfeiçoamento ou humanização, “vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle” (TENÓRIO, 2002, p. 27).

De acordo com Vasconcelos (2013), a reforma psiquiátrica foi criada com o objetivo de substituir os serviços de internação construídos de forma manicomial por serviços abertos, de fácil acesso à população e perto do local de moradia dos pacientes, além de serem articulados com a comunidade, trabalhando no sentido de ressocialização de seus usuários. Visam, outrossim, desconstruir os preconceitos e discriminações com as pessoas portadoras de algum transtorno mental, inserindo-as em atividades culturais, educacionais e artísticas junto com o resto da comunidade (VASCONCELOS, 2013). De acordo com Oliveira, Martinhago e Moraes (2009), a reforma psiquiátrica, no

Brasil, possui um horizonte participativo e democrático, de forma que os usuários da rede de saúde mental, seus familiares, os trabalhadores e os gestores participem como protagonistas nas políticas públicas.

Apesar de ser um movimento internacional, a reforma psiquiátrica, só expandiu para países periféricos e semiperiféricos, como o Brasil a partir da década de 1980, apresentando, no entanto, algumas características próprias (VASCONCELOS, 2013; OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009). A história da reforma psiquiátrica no Brasil começou em 1978, em meio a muitas denúncias de maus tratos contra pacientes, e à falta de investimentos nos hospícios, o que resultou em greve de vários trabalhadores de saúde mental da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) no Rio de Janeiro (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

Segundo Oliveira, Martinhago e Moraes (2009), nessa oportunidade, 260 profissionais que haviam sido demitidos por conta da greve formaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que no mesmo ano, participou do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, o qual transformou-se em grande encontro para divulgar as ideias da Reforma Psiquiátrica e, assim, influenciar a sua vinda para o Brasil. De acordo com os autores, ainda em 1978, o Instituto Brasileiro de Psicologia de Grupos e Instituições (IBRAPSI) promoveu o Congresso de Psicoterapia Institucional no Rio de Janeiro, que ajudou a consolidar relação importante entre o MTSM e vários outros movimentos reformistas internacionais, contando com a participação de significativos pensadores do movimento da reforma, como Franco Basaglia, Erving Goffman, Franco Rotelli, entre outros (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

Ainda segundo os autores, em 1987, foi criado o primeiro CAPS no Brasil, que ficou conhecido como CAPS Itapeva, em São Paulo. Em maio do mesmo ano, foram realizados a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) e, em Bauru-SP, o segundo Congresso Nacional do MTSM, que tinha como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, eventos estes que deram início ao Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). O MLA recebeu o mesmo lema do Congresso do MTSM, e definiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. No ano seguinte, junto à nova Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu a saúde



como dever do Estado e direito de todos. Outro marco importante foi ainda em 1989, quando o governo brasileiro fez sua primeira intervenção, acabando com um hospital psiquiátrico com estrutura manicomial e criando em seu lugar uma rede de serviços substitutivos, em Santos, São Paulo (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

O *modus operandi* dessa intervenção feita pelo governo em Santos nos lembra inclusive às ideias de Lobosque (2003), que apontava que a maneira de se operar com o portador de grave sofrimento mental quando está em crise deve ser pautada na dimensão do cuidado e, dessa forma, a nova clínica se constrói.

No ano de 2001, após passar 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei 10.216/01, responsável por instituir a reforma psiquiátrica, com algumas alterações do Projeto de Lei original, como a retirada da “proposta de extinção progressiva dos manicômios no país” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 17).

Dez anos depois, para garantir o atendimento às demandas relacionadas à saúde mental, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 3088, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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). A proposta da RAPS atualizou o disposto na Lei 10.216 de 2001, ampliando a rede substitutiva de cuidados em saúde mental com a expansão de pontos de atenção específicos para pessoas que apresentam sofrimento mental e necessidades de tratamento relacionadas ao uso de álcool e drogas (BRASIL, 2011).

Por meio do Decreto Presidencial n. 7508/2011, que regulamenta a lei 8.080/1990 trazendo linhas de cuidado, entre outras, a RAPS passou a dispor de mecanismos de atenção e equipamentos criados em substituição ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRT) e as enfermarias de saúde mental para internação em hospitais gerais, passando a integrar o conjunto das redes indispensáveis na composição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Com o desenvolvimento da RAPS, espera-se que as pessoas que enfrentam problemas de saúde mental possam ter acesso aos pontos de

atenção disponíveis para atender às suas necessidades específicas, incluindo o cuidado às suas famílias e à comunidade onde estão inseridas. Ela tem como propósito ainda articular e integrar os pontos de atenção por meio do acompanhamento contínuo e integrado com acolhimento às necessidades, incluindo às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

A RAPS é dividida em 7 níveis: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Cada um dos componentes possui seus dispositivos específicos de cuidado.

É importante que haja uma interação da Rede de Atenção Psicossocial com o território em que a pessoa se insere, indo além da rede formal. O profissional de saúde tem o trabalho de cuidar, abrangendo a escuta com o paciente, a família, os vizinhos, outras pessoas que compõem a rede informal, o que oferece ao cuidador outra perspectiva, ajudando a criar vínculo e encontrar outras formas de tratamento. Além disso, o cuidado visa à autonomia, ao auxiliar que o paciente descubra a sua própria força. É preciso aprender com quem precisa de cuidado o que é melhor para essa pessoa, sem impor ideias pré-concebidas (AZEVEDO, 2015; KEMPER et al, 2015).

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório de investigação em saúde mental - *Investing in Mental Health – Evidence for action*, em que explora os conceitos já atribuídos à saúde mental e indica que se trata de um termo utilizado para descrição do nível de qualidade de vida cognitiva e emocional das pessoas. Entende que depende de diversos fatores e é mais do que não apresentar transtornos, pois envolve equilíbrio e autonomia para a tomada de decisões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Esse primeiro capítulo tem o intuito de auxiliar na compreensão de como se deu a concepção da loucura pela sociedade, o isolamento daquele que é considerado louco do convívio social, até a criação de uma rede substitutiva ao modelo manicomial. Pois é a partir deste novo modelo que o usuário dos serviços de saúde mental e seus familiares poderão participar de forma ativa no seu tratamento, o que é o objeto de estudo dessa monografia.



## **2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como citado anteriormente, é parte da rede de atenção psicossocial criada para substituir o modelo manicomial. O primeiro CAPS criado no Brasil foi na cidade de São Paulo, no ano de 1987 (BRASIL, 2005). Este dispositivo tem um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica, trazendo como objetivo “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários” (BRASIL, 2004, p. 13).

Os CAPS devem regular a porta de entrada da rede de assistência e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica, por meio de ações intersetoriais, inserindo socialmente pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2015b). E para Leal e Delgado (2007), os CAPS devem ser mais do que estabelecimentos de saúde, sendo entendidos principalmente como um modo de operar o cuidado. Os autores ressaltam que o cotidiano do CAPS é importante, pois é compreendido como “espaço mesmo de vida [...] lugar onde a vida acontece” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 144), além de rede, da clínica, entre outras marcas que constituem o dia-a-dia. Desta forma, este serviço funciona como ferramenta de desinstitucionalização.

A rede da qual o CAPS faz parte abrange associações, instituições, cooperativas e espaços variados das cidades (BRASIL, 2005). A rede de atenção à saúde mental do SUS necessita de um movimento permanente, que seja direcionado para outros espaços da cidade, de forma a conseguir a emancipação do usuário com transtorno mental. Ainda de acordo com o autor, é essa articulação em rede, que vai além do serviço ou equipamento de saúde, que é capaz de auxiliar na inclusão de pessoas que foram estigmatizadas por séculos, garantindo a promoção de autonomia para pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Para se organizar essa rede, a noção de território é importante. O território vai além do espaço geográfico, abrange as pessoas, as instituições e os cenários em que acontece a vida comunitária (BRASIL, 2005). De acordo com Leal e Delgado (2007), a noção de território representa a ideia de dinâmica, processualidade, questões que vão além do CAPS, e acredita-se que as atividades que acontecem dentro do CAPS ganham sentido por

estarem articuladas com a vida do usuário que há fora dele. Os autores trazem também que a noção de rede implica na “articulação viva entre as instituições, processo no qual ao longo do tempo se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente se dá movimento” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 150). Para os autores, a noção de rede e de território “introduzem a possibilidade da construção de um campo de conhecimento sobre o homem que não o dissocia da sociedade que o constitui” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 144). Fica constatada, dessa forma, o aspecto político dessa articulação.

O ano de 1989 foi marcado pelo começo de um processo de intervenção, realizado pela Secretária Municipal de Saúde de Santos (SP), na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico marcado por maus-tratos e mortes de pacientes. Na mesma época, foram criadas, em Santos, algumas unidades de Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), entre outros serviços substitutivos ao hospital. Essa experiência foi um marco para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, demonstrando que esta era possível (BRASIL, 2005).

Os NAPS, com funcionamento 24 horas, depois passaram a ser denominados CAPS III. E a partir disso CAPS foram abertos em vários municípios do país, consolidando-se como dispositivos importantes para se superar o modelo asilar com a reforma psiquiátrica, e para criar um “novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento” (BRASIL, 2015b, p. 10).

No âmbito do CAPS, o cuidado é desenvolvido por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve ser construído com a participação da equipe, do usuário e da sua família. O CAPS, junto com a atenção básica, garante um acompanhamento longitudinal do caso. As atividades dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, sendo assim acolhedor e com atividades inseridas no território, como por exemplo o futebol que pode acontecer em uma quadra de esportes próxima ao CAPS. Além de haver atividades que são realizadas em coletivo, individuais, e outras envolvendo as famílias e podendo acontecer no espaço físico do CAPS ou no território, alcançando o contexto de vida real das pessoas (BRASIL, 2015b).

A Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, define que os PTS podem ser compostos por diversas estratégias, organizadas de diferentes

formas, a depender das necessidades dos usuários e de seus familiares, a saber: acolhimento inicial (o primeiro contato com o usuário, construindo o início do vínculo terapêutico e/ou a corresponsabilização pelo acesso a outros serviços, quando necessário); acolhimento diurno e/ou noturno (objetiva a retomada e o redimensionamento das relações interpessoais); atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico e; apoio a serviço residencial de caráter transitório (BRASIL, 2012a *apud* BRASIL, 2015b).

Como essa monografia tem como o foco o Distrito Federal, é importante destacar que, de acordo com o Ministério da Saúde, o DF possuía, em 2011, a mais baixa cobertura assistencial de CAPS por 100.000 habitantes. Possuía um valor de 0,25, sendo que a ampliação da assistência no DF acontece esporadicamente e em alguns momentos é inexistente. Naquele ano a cobertura do país era, em média, 0,72 CAPS para 100.000 habitantes (BRASIL, 2012). No ano de 2014, a cobertura do DF deixou de ser a mais baixa, porém continuou na definição de regular/baixa, com o valor de 0,46, sendo a cobertura nacional, em média, 0,86 (BRASIL, 2015a).

## **2.1 Protagonismo do usuário: o desafio do empoderamento**

Como visto anteriormente, a reforma psiquiátrica conta com a participação de vários protagonistas nas políticas públicas, como os gestores, os trabalhadores, os usuários da rede e os seus familiares (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009). Porém, essa participação é recente, sendo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 que determinou a participação da comunidade como importante no SUS (COSTA; PAULON, 2012). De acordo com os autores, a participação social foi garantida legalmente com a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em que foram criadas “as principais instâncias de

inserção e participação de representantes da população na construção da política de saúde nacional: as conferências e os conselhos de saúde” (COSTA; PAULON, 2012, p. 575).

A reabilitação psicossocial conta com o exercício da autonomia e da cidadania, de forma a reinserir na sociedade o portador de sofrimento mental, lembrando que essas pessoas foram estigmatizadas ao longo de séculos. É preciso que se construam novos lugares sociais que contribuam para a participação e sociabilidade dessas pessoas, fortalecendo-os assim, ajudando a criar autonomia (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Vasconcelos (2003) traz em seu texto o conceito de *empowerment* que, de acordo com o autor, é um termo de difícil tradução direta sem que se perca o amplo significado que este carrega, propondo que então se utilize o termo em inglês, com o “sentido provisório de aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

Segundo Carvalho (2004), a dificuldade de traduzir o termo se deve ao fato de que nenhum termo existente em nossa língua abrange o significado que *empowerment* deveria passar. O termo, para algumas pessoas, é traduzido como “apoderar”, que é sinônimo de dar posse, dominar, entre outros; outras pessoas o traduzem como “emancipar”, que significa “tornar independente, livre”; enquanto outras utilizam o termo “empoderamento”, que não existe na língua portuguesa (CARVALHO, 2004).

A razão da minha escolha em usar o termo empoderamento apesar do dito acima se deve ao fato de na literatura em saúde mental no Brasil e no próprio curso ministrado pelo OBSAM o termo ter sido amplamente utilizado.

De acordo com Vasconcelos (2003) as contribuições dos profissionais de saúde e de saúde mental sobre questões complexas da perda de sentido da vida, da dor, do sofrimento, etc., possuem certas restrições, pois dependem das referências culturais daqueles que são atendidos, já que a forma de interpretar o sofrimento, a doença e o corpo varia para cada indivíduo e grupo social. Desta forma, os profissionais não devem trazer os seus sistemas de crenças para o seu relacionamento com os clientes que atendem, procurando oferecer suporte, resposta e apoio (VASCONCELOS, 2003).

A participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares trazem outras perspectivas para o processo da reforma psiquiátrica, sendo que estes são grandes interessados em uma mudança mais profunda nestas políticas (VASCONCELOS, 2013). De acordo com o autor, em alguns países estes atores sociais além de desenvolverem ações autônomas também conseguem que os serviços e programas deem melhores respostas às suas necessidades e também desenvolvem novas abordagens teóricas (VASCONCELOS, 2013).

O protagonismo do usuário no seu processo de tratamento deve contar com a participação deste na construção de seu projeto terapêutico, de forma que o sujeito possa, juntamente com a equipe, escolher as atividades que mais o agradem e se adequem as suas necessidades. Como apontado pelo Ministério da Saúde, ao afirmar que a melhor proposta de projeto terapêutico para cada pessoa é baseada nas recomendações para a sua condição biológica e o que é de seu interesse (BRASIL, 2007).

## **2.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

O Ministério da Saúde, traz em sua cartilha *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular* que dois dispositivos são importantes para o cuidado com a pessoa, de forma a se construir uma Clínica ampliada: as equipes interdisciplinares (ou de referência) e os projetos terapêuticos singulares (PTS) (BRASIL, 2007).

O nome Projeto Terapêutico Singular foi escolhido, ao invés de seu outro nome conhecido, Projeto Terapêutico Individual, por não focar somente no indivíduo, como também em grupos e família. Além de enfatizar a singularidade do sujeito, ao contrário do que o diagnóstico faz ao reduzir e igualar as pessoas (BRASIL, 2007).

A construção de um projeto terapêutico singular tem a intenção de prover uma atuação da equipe interdisciplinar. Ao montar o PTS do usuário é interessante procurar a melhor proposta para cada pessoa baseando-se na sua história e preferências. Encontrando atividades que sejam do seu interesse e recomendáveis para a condição biológica do sujeito (BRASIL, 2007). Neste modelo de atenção psicossocial a valorização do saber e das opiniões de



quem utiliza o sistema e seus familiares é importante na hora da construção do PTS. Dessa forma, a terapêutica irá além de fármacos e procedimentos médicos, valorizando o “poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial” (PINTO et al, 2011, p. 494).

O PTS é um conjunto de orientações com objetivo terapêutico articuladas para uma pessoa de forma individual ou coletiva, que resulta da discussão de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2007). É uma forma de valorizar outros aspectos no tratamento do usuário, indo além do diagnóstico dado pelo psiquiatra e da medicação utilizada. Ainda segundo o autor, o PTS é constituído de quatro momentos, sendo eles: 1) o diagnóstico: é realizado a partir de uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilita entender os riscos e as vulnerabilidades do sujeito. Ou seja, deve procurar entender como o sujeito lida com o que acontece em sua vida, tanto o que é relacionado com os seus desejos e interesses quanto a cultura e a sua rede social; 2) definição de metas: depois que a equipe chegou a um diagnóstico, deve elaborar propostas de curto, médio e longo prazo, que então serão repassadas e negociadas com o sujeito que está sendo acompanhado pelo membro da equipe com que esse tiver um maior vínculo; 3) divisão de responsabilidades: é importante que as tarefas de cada um sejam definidas de forma clara e; 4) reavaliação: o momento em que é discutida a evolução do caso e são feitas as correções de rumo necessárias (BRASIL, 2007).

Para a reunião da construção do PTS não é necessário que todos os membros da equipe participem, além de que a proposta é que sejam levados para a reunião apenas os casos escolhidos como mais graves ou difíceis por algum membro da equipe (BRASIL, 2007). Outro aspecto importante é o vínculo dos membros da equipe com os usuários e as famílias, em razão de que a partir da qualidade e intensidade do vínculo é possível trazer diferentes aspectos para a reunião. O ideal seria que o profissional que possui o vínculo mais estreito ficasse responsável pela coordenação do PTS daquele usuário. De acordo com a cartilha, algumas equipes possuem a estratégia de reservar um tempo fixo, que pode ser semanal ou quinzenal, para as reuniões exclusivas sobre o PTS. E o tempo de duração de um projeto terapêutico depende do tempo em que o usuário fica vinculado ao serviço (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde aponta que o investimento da equipe de saúde é importante para a melhora do usuário e que este, quando encorajado e apoiado, tende a ter uma atitude menos passiva em relação ao seu tratamento (BRASIL, 2007). Porém, muitas vezes não há o investimento da equipe com os usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave” (BRASIL, 2007, p. 44).

As situações que usualmente são consideradas pela equipe como sendo de difícil resolução são aquelas que esbarram nos limites da Clínica Tradicional, ao que o autor sugere que sejam fornecidos instrumentos para que os profissionais consigam lidar consigo mesmos e com o usuário de uma nova forma (BRASIL, 2007).

Uma anamnese que vá além das perguntas tradicionais, dando espaço para as palavras e ideias do sujeito é importante, pois dá a ele a possibilidade de falar e situar os sintomas na vida dessa pessoa, tendo uma função terapêutica por si só. Além de que os membros da equipe têm acesso a informações diferentes para levarem para a reunião sobre o PTS, conhecendo as singularidades do sujeito. Ao se perceber a complexidade do sujeito que possui algum transtorno, o profissional pode entender a limitação de intervenções isoladas e pontuais, ficando claro, assim, a necessidade da autonomia do sujeito no seu processo de cura, o seu protagonismo (BRASIL, 2007).

As equipes de referência são responsáveis pela criação de vínculo com o usuário e a família, sendo que cabe ao profissional de referência o acompanhamento do usuário ao longo do tratamento dentro da organização, promovendo a intervenção de outro serviço de apoio ou profissional, caso seja necessário, e então providenciando a sua alta e a continuidade de acompanhamento em outro serviço do sistema quando chegar o momento (PINTO et al, 2011).

Resende (2015, p. 385) sugere que um “cardápio aberto de atividades”, em que os usuários possam escolher as atividades que querem participar, elaborando um PTS de forma dinâmica e construído juntamente com a equipe, incentiva um maior interesse dos usuários de participar do serviço. Porém, no Distrito Federal, são poucos os grupos que funcionam dessa maneira. A autora

destaca que em alguns CAPS há muita rigidez quanto ao cumprimento do PTS, de forma que quando aparecem nos serviços usuários que não têm aquele dia marcado em seus cartões estes podem ser mandados embora ou serem “disciplinados” para não irem novamente em um dia considerado errado (RESENDE, 2015).

### **3 Reflexão a partir das informações qualitativas**

A presente monografia foi desenvolvida a partir da participação da autora em algumas etapas da pesquisa desenvolvida pelo projeto OBSAM, analisando as narrativas produzidas depois dos três grupos focais realizados com gerentes, trabalhadores e usuários, respectivamente, dos serviços de saúde mental do Distrito Federal, no primeiro semestre de 2017.

Essa monografia foi desenvolvida com abordagem qualitativa, que, segundo Demo (2001), possibilita a análise das experiências específicas frente ao fenômeno que se pretende conhecer, de forma generalizada, relacionando-o com outros e contextualizando-o sócio e historicamente no ambiente cultural.

Considerando as diferentes formas de compreensão do ser humano e a capacidade de interpretação sobre os componentes da vida e da sociedade em que está inserido, a pesquisa qualitativa tem função de facilitar o olhar sobre o fenômeno da saúde mental e sobre as nuances que permeiam um fato, além de possibilitar o elo entre o contexto cultural e a vivência (SERPA JUNIOR et al, 2014).

A análise das informações qualitativas desenvolveu-se ancorada no aporte metodológico da Hermenêutica da Profundidade (HP), proposta por Thompson e reformulada por Demo (2001), que considera três fases na análise das informações divulgadas pelos meios de comunicação, denominado 'enfoque tríplice'. O autor propõe a divisão em três segmentos de análise, sendo: análise sócio-histórica; análise formal ou discursiva; e interpretação/reinterpretação. As fases são interdependentes e complementares possuindo conexão entre si fazendo parte de um processo analítico complexo como um todo.

Na primeira etapa, faz-se uma análise sócio-histórica, reconstruindo as condições sociais do espaço em que a pesquisa é desenvolvida. Neste estudo, optou-se pelo Distrito Federal, espaço onde o projeto de pesquisa OBSAM foi realizado. Nas fases sequenciais, propostas Demo (2001), de análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação, optou-se por uma análise das narrativas produzidas após os encontros dos grupos focais que aconteceram durante o primeiro semestre de 2017, sobre o tema Projeto Terapêutico Singular.

De acordo com Gadamer, citado por Onocko Campos (2008), o esforço hermenêutico começa ao se reconhecer como pertencente à uma tradição. Onocko Campos (2008), cita que há, na compreensão, uma diferença inigualável entre aquele que interpreta e o autor de uma fala, pois “a compreensão é sempre um comportamento produtivo (nunca somente reprodutivo), já que quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente” (ONOCKO CAMPOS, 2008, p. 280). A compreensão é uma projeção do passado e do presente, de forma que a pessoa que interpreta, o faz a partir da sua perspectiva do mundo e da sua condição histórica. De acordo com Onocko Campos (2008), Gadamer destaca que “há sempre uma situação/horizonte que nos limita as possibilidades de ver” (ONOCKO CAMPOS, 2008, p. 281), de forma que precisamos reconhecer que há a posição do outro nesse horizonte, que é o que buscamos perceber nos grupos focais.

Para a segunda etapa desta monografia, a análise formal ou discursiva - que tem como finalidade ponderar sobre a organização das formas peculiares, com suas propriedades estruturais e suas relações - optou-se pela análise temática, classificando os textos das narrativas em categorias, orientadas pela dimensão da análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

Enfim, após a definição das categorias temáticas teve início a terceira e última etapa da Hermenêutica da Profundidade, a fase da interpretação e reinterpretção, que compreende a síntese e a proposição na construção de possíveis significados. Interpretar abrange a explicação sobre o que quer dizer o texto sobre o assunto em questão. E então, reinterpretar as informações vai além de rever o que foi interpretado, reconstruindo criticamente a partir da visão do intérprete, o que muitas vezes pode ser divergente do sentido original (DEMO, 2001).

Este estudo teve como base grupos focais com trabalhadores, gestores e usuários da rede de saúde mental do DF, sobre o tema do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que aconteceram no dia 23 de janeiro de 2017. Os diálogos ocorridos durante os grupos focais foram gravados e transcritos. A partir das transcrições dos grupos foram produzidas narrativas pelos coordenadores dos grupos focais, com auxílio e revisão do observador e relator e validadas em outro encontro pelo grupo de trabalhadores, gestores e

usuários, respectivamente. As narrativas funcionam como categoria de mediação, como descrito por Onocko Campos e Furtado (2008, p. 323), “a narrativa seria uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso”. Este trabalho foi produzido utilizando como material as narrativas elaboradas, tendo como objetivo a comparação entre elas, buscando as semelhanças e diferenças encontradas nas discussões entre os diferentes grupos.

### **3.1 Análise sócio-histórica**

A análise sócio-histórica permite uma melhor compreensão sobre o contexto em que a pesquisa é realizada, no caso a rede de saúde mental do Distrito Federal.

De acordo o Ministério da Saúde, o Distrito Federal tinha até o ano de 2014 uma cobertura assistencial regular/baixa de CAPS por 100.00 habitantes do país. Ou seja, haviam 12 CAPS, para uma população de 2.852.372 habitantes, constituindo a cobertura assistencial de 0,46 CAPS/100 mil habitantes vista anteriormente (BRASIL, 2015a).

Até o ano de 2015, Gabriel (2015) apontou que ainda não existiam serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico suficientes – que funcionassem em qualquer horário do dia para acolher uma pessoa em crise, como CAPS III e Residências Terapêuticas –, por essa razão, o DF ainda possui um hospital psiquiátrico (GABRIEL, 2015). Em 3 de outubro de 2016 o CAPS de Samambaia foi transformado em CAPS III, funcionando agora por 24 horas, todos os dias.

Goulart (2013) aponta que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, que muitas vezes se encontra em outra Região Administrativa, faz com que a qualidade do tratamento seja questionável, já que a realidade do sujeito encontra-se afastada da realidade do serviço. De acordo com Resende (2015), a área de abrangência dos serviços de saúde mental é maior do que a recomendação do Ministério da Saúde, além de haver um déficit de profissionais atuando, o que diminui a qualidade do serviço.

O CAPS é um dispositivo de referência e temporário, embora Lobosque (2003) aponte que é um serviço que está sempre à disposição do usuário, caso este precise retornar.

O presente trabalho foi realizado a partir da pesquisa realizada pelo Observatório de Saúde Mental do Distrito Federal (OBSAM), que conta com a participação de gestores, usuários e trabalhadores da rede de saúde mental do Distrito Federal. O grupo que deu origem a essa monografia acontece uma vez a cada quinze dias, em uma segunda-feira, e tem como objetivo a discussão de temas referentes à saúde mental no Distrito Federal e o funcionamento dos CAPS, buscando-se elaborar indicadores para a realização de um trabalho melhor. Os temas discutidos durante o projeto de pesquisa foram: gestão dos CAPS, acolhimento, projeto terapêutico singular, autonomia/organização dos usuários e atenção à crise.

### **3.2 Análise Formal/Discursiva**

Como já dito anteriormente, as informações qualitativas que serão analisadas foram obtidas a partir das narrativas produzidas após os grupos focais sobre o tema Projeto Terapêutico Singular (PTS) no projeto de pesquisa realizado pelo OBSAM, o qual a autora participou durante o primeiro semestre do ano de 2017.

Cada grupo focal possuía um roteiro com 5 perguntas disparadoras para dar início ao debate, que não era necessariamente seguido à risca quanto a ordem das perguntas ou forma como eram realizadas, às vezes juntando duas perguntas ou mais em um mesmo momento. Além disso, algumas perguntas disparadoras segundo o roteiro foram realizadas de formas distintas para os diferentes públicos, por terem diversos pontos de vista em relação ao que estava sendo questionado. Para explicar: todos os grupos foram iniciados com a pergunta “o que significa PTS para você?”, porém no segundo momento a pergunta para trabalhadores e gestores era: “quando são elaborados esses projetos? Quem os elabora e de que modo?”, enquanto para os usuários a pergunta era “como foi elaborado o seu PTS? Você participou da elaboração?”. O restante das perguntas para os trabalhadores e gestores eram: “3. como são acompanhados os PTS no seu CAPS?”, “4. vocês trabalham com equipe ou técnico de referência? Como funciona?”, “5. Na sua opinião, o que pode ser feito para melhorar o PTS?”. Enquanto para os usuários: “3. como é feito o acompanhamento do seu PTS?”, “4. você tem um técnico de referência que

acompanha junto com você o seu PTS? Como isso acontece?” e “5. você está satisfeito com seu acompanhamento nos CAPS? O que você gostaria de melhorar?”.

A análise discursiva é realizada a partir de um esforço do pesquisador sobre as suas observações, considerando que há o envolvimento emocional deste, como apontado por Demo (2001), ao dizer que quando nos comunicamos somos parte do processo comunicativo, tanto como sujeito quanto como sujeito-objeto. Dessa forma, a interpretação das informações é realizada de maneira subjetiva pela pessoa que realiza a pesquisa.

A informação qualitativa, de acordo com Demo (2001), não é neutra e objetiva, mas sim suscetível a crítica, de forma que o questionamento é muito importante para se reconstruir as informações de uma forma criativa.

A análise foi organizada em categorias, criadas pela autora segundo o método de Bardin (1977), a partir das informações que chamaram atenção nas narrativas, sobre projeto terapêutico singular, resultado dos grupos focais.

As categorias de análise foram escolhidas consideradas os aspectos que as narrativas tinham em comum ou as suas discrepâncias, com o propósito de debater cada ponto. As categorias criadas foram: I) entendimento sobre o PTS e empoderamento do usuário, II) a construção do PTS, III) acompanhamento do PTS, IV) a importância do vínculo para a construção do PTS e V) além do CAPS. As categorias de análise facilitam a compreensão e reflexão sobre os aspectos que mais chamaram a atenção nas narrativas. As categorias criadas estão entrelaçadas.

### ***I) Entendimento sobre o PTS e empoderamento do usuário***

O grupo focal dos gestores iniciou, homogeneamente, definindo o que é Projeto Terapêutico Singular, separando os termos. Colocaram projeto como “aquilo que você quer, vir a ser de algo” (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 1), terapêutico “no sentido de que traga algum benefício para a pessoa em relação à questão que ela está trazendo” (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 1) e singular “porque é voltado para aquele indivíduo em sua singularidade, dentro das suas especificidades. Diferente de individual (o antigo nome do PTS era PTI), singular aponta não apenas para o indivíduo, mas para a família, para a



comunidade” (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 1). Enquanto no grupo de usuários, estes começaram falando que não sabiam o que a sigla – PTS –, que é muito utilizada pelos trabalhadores e gestores, significava, então foram esclarecidos sobre para depois começarem a contar sobre suas experiências (NARRATIVA DOS USUÁRIOS).

Como discutido no desenvolvimento dessa monografia, a participação do usuário no processo de construção do seu tratamento é muito importante, pois é assim que o sujeito vai conquistar a autonomia e é isso que vai ajudá-lo em sua melhora. Porém, o desconhecimento do significado de uma sigla muito utilizada pela equipe sobre o seu tratamento já nos aponta uma falha nesse processo de participação, que poderia ser suprida pela própria equipe.

O grupo dos trabalhadores definiu PTS como “uma estratégia do modelo antimanicomial de tratamento diferenciado para cada indivíduo” (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1), porém apontou que é um serviço com muitas regras e burocracias, enquanto deveria ser mais flexibilizado para atender as necessidades reais dos usuários (NARRATIVA DOS TRABALHADORES).

Foi possível observar na própria fala de gestores e trabalhadores dos serviços que eles têm consciência do que seria um PTS “ideal” e de como esse deveria funcionar, entretanto sentem que encontram dificuldades para aplicá-lo, seja pelas regras e burocracias, como dito acima, seja pelo extenso território coberto por apenas um CAPS, como disseram os gestores:

[...] ainda discutimos um pouco sobre as dificuldades para que a equipe de referência seja territorial, seja pelo fato de ser referência para um território muito extenso, seja por dificuldades administrativas como falta de telefone e motorista (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 4).

Ambos, gestores e trabalhadores, também falaram em seus grupos focais sobre o empoderamento dos usuários e a sua importância, como pode ser visto a seguir:

o grupo considera que um aspecto que precisa ser melhorado na construção do PTS é justamente a maior participação e autonomia do usuário em seu processo de tratamento, o que implica também em uma mudança por parte dos profissionais (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 2).

Na construção do PTS deveríamos ajudar no protagonismo do sujeito para descobrir suas habilidades e sua inserção no território, ao invés

de encapsulá-las dentro do serviço. Pensamos que essa é uma dificuldade na construção do PTS, de não avançarmos na socialização do usuário para fora, de não trabalharmos a limitação do serviço com o território e não trabalharmos o próprio território com o usuário. Nós não trabalhamos nossa acessibilidade com o território, a acessibilidade do sujeito com o território e nem a acessibilidade do território para com ele (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1-2).

Um PTS que é construído junto ao usuário apresenta melhores resultados, pois a partir dele o usuário irá nas atividades que realmente gosta, faltará menos, além de que fazendo o que se gosta o PTS será mais efetivo. Os usuários apontaram em seu grupo focal que gostariam de poder realizar essa escolha:

acordamos que uma forma que muito nos agrada é a estruturação de um muro de cursos, que nos permite que a escolha parta de cada um de nós (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 2).

De acordo com o Ministério da Saúde, uma anamnese mais completa, que vá além das perguntas tradicionais, é importante, pois dá espaço para o usuário trazer a sua perspectiva sobre o que acontece em sua vida, situando os sintomas no seu dia-a-dia, dessa forma já tendo uma função terapêutica. Essa estratégia, além de ajudar no empoderamento do usuário, também, segundo o autor, garante que os membros da equipe tenham acesso a mais informações para levar para a reunião sobre o PTS, pois conhecerão assim mais singularidades do sujeito. O autor evidencia que dessa forma o profissional pode notar a complexidade do sujeito e a importância de uma intervenção que não seja isolada e pontual, mas que dê espaço para o protagonismo do usuário em seu processo de tratamento (BRASIL, 2007).

## ***II) A construção do PTS***

De acordo com o Ministério da Saúde, é importante, na hora de montar o PTS, buscar junto ao usuário a melhor proposta para aquela pessoa, tomando como base a sua história e preferências, procurar atividades que sejam do interesse deste e recomendáveis para a sua condição biológica (BRASIL, 2007). Isso mostra a relevância da participação do usuário, e de sua família, na construção do PTS, como apontaram os gestores no grupo focal, ao dizer que

é importante (apesar de difícil) que exista a participação da família durante a organização do PTS e que este não seja imposto pelo profissional, e sim negociado com o usuário (NARRATIVA DOS GESTORES).

Os usuários trouxeram em sua fala o interesse pela exposição das atividades em um muro, para que pudessem escolher do que querem participar, além disso falaram que alguns participaram da construção do PTS, enquanto outros se encaixaram no que foi ofertado, e ainda um contou que viu uma atividade de que gostou e o seu PTS foi montado a partir dessa atividade (NARRATIVA DOS USUÁRIOS). Em um momento no grupo focal, um dos usuários afirmou “que é preciso termos uma identificação com o grupo onde estamos” (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 2), demonstrando que participar da elaboração de seu PTS, escolhendo as atividades que o interessam, tem um peso na participação e aceitação posterior ao grupo, o que é importante para o tratamento.

Muitos usuários apontaram as dificuldades referentes ao PTS, às vezes pelo CAPS ser longe de sua casa e não possuir condições financeiras para frequentá-lo e dar continuidade ao tratamento, às vezes por chegar muito intoxicado (no caso dos CAPSad) e só conseguir seguir um plano terapêutico quando estiver um pouco melhor e ainda as dificuldades com as filas de espera, que às vezes podem durar meses (NARRATIVA DOS USUÁRIOS).

Pinto et al (2011) apontam a importância na valorização da opinião e do saber de quem utiliza o sistema de saúde, e de sua família, ao montar o PTS. Pois assim, há a valorização do poder da escuta, fazendo com que a terapêutica vá além dos fármacos e procedimentos médicos. O que é lembrado pelos trabalhadores, ao falarem o que é o PTS:

compreendemos o PTS como uma estratégia do modelo antimanicomial de tratamento diferenciado para cada indivíduo. É um espaço de escuta singular que ordena o processo terapêutico, onde se traça um plano individual com o sujeito e conforme suas necessidades, com avaliação periódica, inclusive com participação da família (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1).

Porém, na prática, não é assim que acontece, como dito pelos próprios trabalhadores, que falaram que

atualmente, o PTS é empobrecido pelas restrições impostas pelo serviço, já que a construção tem se focado muito na escuta profissional e na adequação dos usuários às ofertas e combos disponíveis dentro do serviço (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1).

Ainda de acordo com os trabalhadores, o PTS é:

a alma, o coração do tratamento, deveria ser construído com o profissional, o indivíduo, a família e outras pessoas de seu território, ao invés de ser um trabalho apenas para dentro do CAPS, como ocorre atualmente (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1).

Resende (2015) defende que a existência de alguns grupos abertos, em que o usuário pode participar e experimentar a atividade, construindo dessa forma um projeto terapêutico de forma dinâmica, seria um caminho para o alcance de melhores resultados no tratamento, por maior aceitação de seu PTS, embora poucos grupos no DF funcionem dessa forma. Segundo a autora, alguns grupos voluntários conduzidos pelo projeto de extensão do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) funcionam dessa maneira, ofertando atividades em que o usuário pode escolher a que querem participar naquele dia, e na semana seguinte pode participar de outra, de modo a sempre poder escolher a atividade que quer participar e ter dias em que todas as atividades são abertas. De acordo com Resende (2015), atualmente, a presença é algo muito cobrado nos CAPS, seguindo o seu PTS, de forma que se a pessoa for no dia que é considerado errado por não estar no seu cartão do PTS pode ser mandado para casa ou 'disciplinado' para que não vá mais ao CAPS em horários que não sejam os seus previamente marcados.

Essa sugestão dada por Resende (2015) poderia diminuir a questão que os gerentes trouxeram, de que às vezes o usuário se queixa de "que o grupo 'é um saco', mas se sente obrigado a participar porque senão perde o direito de almoçar" (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 1-2), pois com atividades abertas estes poderiam escolher do que querem participar, caso não queiram participar da atividade marcada em seu cartão do PTS, o que acontece muitas vezes.

Outra questão que os gestores trouxeram foi que "em vários momentos, o próprio usuário tem dificuldade de assumir uma posição mais autônoma: foi cuidado toda a vida e quando chega ao CAPS tem dificuldade de se posicionar em relação ao que deseja" (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 2), ao que o

Ministério da Saúde aponta que muitas vezes falta o investimento da equipe de saúde, o que é importante para que o paciente melhore, e que este, quando é encorajado e apoiado, normalmente passa a ter uma atitude menos passiva em relação ao tratamento pelo qual está passando (BRASIL, 2007).

O grupo dos gestores trouxe algumas situações na intenção de exemplificar um esforço que há para o processo de transição de uma instituição que não é muito sensível ao que o usuário deseja para começar a incluí-lo nos processos dos serviços:

usuários que estão escolhendo outras atividades que não as definidas no PTS e a equipe gradativamente passando a aceitar; a possibilidade de participar de forma aberta das atividades e depois escolher por afinidade, seja da atividade, seja das pessoas que a frequentam; trabalhos voltados a projetos de vida na escola, considerando a dificuldade dos adolescentes aderirem às atividades do CAPS; usuários que não se adaptam ao que está sendo ofertado e acabam por provocar uma reflexão na equipe sobre o fato de que muitas vezes as atividades ofertadas não fazem sentido para os usuários. Em uma experiência compartilhada, chegamos mesmo a pensar que os melhores PTS foram aqueles construídos coletivamente na reunião de equipe, após não ter “funcionado” pelo procedimento padrão “acolhimento + boas-vindas” (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 2).

Alguns usuários apontam que ajudaria se chegassem mais verbas ao CAPS e que a gestão as distribuíssem de forma a ouvir as demandas dos usuários, abrindo as atividades de interesse deles, além de receber voluntários que possam ajudá-los também. Um dos usuários sugeriu que “nós mesmos podemos ajudar e receber os novos que chegam” (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 3).

### **III) Acompanhamento do PTS**

A literatura aponta que a construção do PTS deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2007), porém na prática muitas vezes isso não acontece, como foi colocado pelos trabalhadores ao dizerem que “deveria ser compartilhado com toda a equipe e não apenas seguir o fluxo construído por um profissional” (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1).

Alguns dos usuários relaram que as equipes fazem revisões dos PTS junto a eles com regularidades variadas, em que, de uma forma geral, as

mudanças são sugeridas por essa equipe. Já outros disseram que em CAPS onde não existem grupos regulares, onde tem poucas atividades para as crianças/adolescentes ou para os pais, o tratamento se baseia apenas em encontros de conversas (NARRATIVAS DOS USUÁRIOS).

Segundo a cartilha, elaborada pelo Ministério da Saúde, em alguns serviços as equipes reservam um tempo fixo, que pode ser semanal ou quinzenal, para as reuniões sobre o PTS (BRASIL, 2007). Independente da forma que é organizada na instituição para o momento dessa reunião, ela é importante segundo a literatura, e na prática percebemos que muitas instituições não fazem essa reunião.

O grupo dos gestores trouxe em seu grupo focal que “o PTS não é fixo. Exige acompanhamento” (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 3), porém, apesar de saberem disso, compartilharam as dificuldades:

A organização do acompanhamento do PTS difere entre os serviços, desde formas mais ou menos sistematizadas:

- Em alguns serviços não é feito nenhum acompanhamento mais estruturado.
- Em outro, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem revisam os prontuários dois turnos por semana para acompanhar quem está ou não vindo ao CAPS.
- Em outros serviços, a equipe administrativa tem um papel importante na sinalização dos usuários que estão ausentes.
- Em outros é a miniequipe de referência que tem a função de acompanhar, mas este acompanhamento varia desde estar atento aos usuários que mais demandam, de modo que outros não são acompanhados;
- Situações onde o usuário que se apropria de seu PTS e cobra da equipe é visto, mas muitos outros não o são e, em função da intensa demanda, acabam passando despercebidos;
- Revisões semestrais ou trimestrais dos planos; e
- Em um serviço, os usuários tem reuniões mensais com sua equipe de referência (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 2).

Um ponto importante apontado pelo grupo dos usuários é que “a família precisa ser mais e melhor acompanhada, pois os profissionais precisam orientar a nossa família na lida conosco, pedir para que a família esteja mais próxima do nosso tratamento” (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 3). Pois, como evidenciado nessa fala, a família tem um papel importante na recuperação do usuário, que muitas vezes saem do CAPS, onde são bem tratados, para chegar em uma casa onde lidam com várias dificuldades e pessoas que não compreendem pelo que estão passando.

#### **IV) A importância do vínculo para a construção do PTS**

No grupo focal dos usuários muitos falaram sobre a importância do vínculo, porém de diversas formas:

é preciso existir uma pessoa, uma referência, um porto seguro, a quem preferencialmente recorremos. [...] Outro de nós relatou sobre a importância da pessoa que passa mais tempo conosco, mas sabemos que podemos contar com os outros profissionais. Outro de nós fala sobre sua proximidade com aquela pessoa que sempre dá um jeitinho de resolver as coisas, porém nem sempre é ela que acompanha o PTS (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 2).

A cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde aponta que o vínculo dos membros da equipe com os usuários e as famílias é muito importante, pois é a partir de um vínculo intenso e de qualidade que a equipe consegue levar diferentes aspectos da vida do usuário para a reunião de PTS, de forma a ajudar na construção de um PTS mais adequado. De acordo com o autor, o ideal é que a pessoa que possui o vínculo mais estreito com o usuário fique responsável por coordenar o seu PTS (BRASIL, 2007).

Segundo Pinto et al (2011), a criação de vínculo com o usuário e com a família é responsabilidade da equipe de referência, de forma que o profissional de referência que deve fazer o acompanhamento do usuário durante o seu tratamento dentro da organização e o acompanhamento em rede caso seja necessário.

De acordo com os usuários:

a construção da nossa relação com os trabalhadores do CAPS é muito importante, e nós acordamos que somos nós quem escolhemos/indicamos o técnico de referência, fruto de uma relação construída a partir de um afeto muito particular (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 2).

Essa fala do grupo dos usuários demonstra que, em concordância com o que é indicado pela literatura, eles possuem alguma autonomia dentro dos serviços, desde que tem essa percepção de que o técnico de referência é escolhido pelos usuários a partir do vínculo que se forma entre eles. Porém, isso não acontece em todos os serviços. Não necessariamente a pessoa que eles escolhem para ser o técnico de referência é quem ocupa oficialmente essa

colocação. Como pode ser visto na fala dos gestores, ao citarem a importância do vínculo e como esse se forma, além de suas dificuldades:

ao falar sobre a referência, destacamos a importância do vínculo. A referência não se define de forma administrativa, mas está acima de tudo relacionada ao vínculo que se estabelece entre o usuário e o profissional. De modo que, em algumas circunstâncias, quem faz de fato o acompanhamento é o profissional com maior vínculo e não necessariamente o técnico de referência oficial. Neste momento, discutimos que às vezes é o vigilante ou a moça da limpeza quem tem o melhor vínculo e que fazem as melhores intervenções, mas a aceitação e o reconhecimento destes profissionais ainda é ambivalente na equipe: alguns o reconhecem e outros pensam que, após cinco ou seis anos de graduação, eles não teriam o que aprender/ouvir destes profissionais (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 4).

Além das dificuldades citadas acima, há uma preocupação tanto na literatura, quando o Ministério da Saúde aponta que em muitas situações não há investimento da equipe por acreditar que o usuário está “condenado” (BRASIL, 2007, p. 44), quanto na fala dos gestores:

[...] como dito, alguns CAPS tem miniequipes de referência com diferente alcance para realizar o acompanhamento dos usuários, sendo presente em nossa fala uma preocupação com usuários que não demandam muito, ou que tem um maior prejuízo, ou que não se adaptam às atividades ofertadas e que acabam, às vezes, “esquecidos” nos serviços. Outros CAPS trabalham com o técnico de referência, mas muitas vezes alguém é oficialmente designado como técnico, mas não realiza de fato o acompanhamento. Discutimos também que, às vezes, os profissionais só querem ser referência de “usuários bonzinhos”, novamente deixando desassistidas aquelas pessoas que mais precisam do CAPS. (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 3-4).

Na fala dos gestores é possível observar que a falta de investimento da equipe apontada pelo Ministério da Saúde às vezes acontece porque esses usuários considerados “condenados” não costumam ser “usuários bonzinhos”, o que faz com que a equipe tenha mais trabalho nesses casos. Dessa forma, muito usuários são invisibilizados/negados pelo serviço.

#### **V) Além do CAPS**

O tratamento nos serviços de saúde deve ir além do espaço físico desse serviço, alcançando o território em que o usuário vive, de forma a ressocializá-



lo, como foi proposto desde a reforma psiquiátrica. A importância dessa expansão apareceu em vários momentos durante os grupos focais. Além da importância da participação da família no tratamento, como já vimos algumas vezes acima. É possível observar isso na fala dos trabalhadores:

o foco do PTS deve ser a vida, além da doença. Nesse sentido, entendemos que o PTS precisa ser compreendido também como um trabalho para fora do CAPS, um trabalho de articulação com a rede, de vinculação do indivíduo com o seu território, de descobrir outras possibilidades ofertadas pela rede e que ele não alcança sozinho ou desconhece, e não ficar no conforto dos grupos oferecidos pelo CAPS (NARRATIVA DOS TRABALHADORES, p. 1-2).

Essa vontade de ir além do espaço físico do CAPS, participar de coisas no território, também ficou explícita na fala dos usuários:

nossa colega disse que quando chegou ao CAPS foram-lhe oferecidos alguns grupos, diferentes daqueles que ela conhecia, e que sua escolha se baseou na possibilidade de ter mais liberdade, sair dos muros do CAPS, por isso o futebol (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 2).

Como Leal e Delgado (2007) apontaram, a noção de território representa o que vai além do CAPS, a dinâmica da vida do usuário, o que inclusive faz com que as atividades programadas para dentro do espaço do CAPS façam sentido, por serem articuladas com a vida que este tem fora deste espaço. Como foi dito pelos gestores em seu grupo focal:

entendemos o PTS como tudo que envolve a vida do usuário: sua rotina, suas habilidades, o que deseja e o que não deseja, com quem convive, com quem deixou de conviver... Um de nós mencionou que a função do PTS é ajudar o paciente a voltar a ser funcional: o que não vai bem? Com a família? Com o campo profissional? As relações? Às vezes, são muitos aspectos da vida que estão problematizados, de modo que é preciso priorizar inicialmente algumas questões no PTS.

Discutimos também que na maior parte das vezes o PTS está voltado para um cardápio de atividades disponíveis nos serviços. Sabemos a importância das atividades estarem articuladas com a comunidade e nosso sonho é que os PTSs pudessem ser construídos a partir de metas em que as atividades tenham objetivos terapêuticos. Gostaríamos de realizar um PTS expandido: voltado para a comunidade. Desta preocupação em que o PTS ultrapasse as fronteiras do CAPS e alcance o espaço de vida do usuário, tem surgido algumas iniciativas. Por um lado, conhecer e mapear o território e por outro deixar de priorizar as agendas e atendimentos individuais no CAPS em um modelo ambulatorial e investir em grupos abertos (menos burocratizados, onde não é necessário já estar

vinculado ao CAPS para participar) que permitiriam começar a melhor conhecer os usuários. De toda forma, reconhecemos que ainda é um desafio ultrapassar os muros do CAPS e, como disse um dos nossos usuários, “esta é uma cidade manicomial” (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 2).

Neste trecho, coloquei a fala dos gestores de forma mais completa, retomando o que já havia colocado na categoria da construção do PTS ao associar a fala de Resende (2015) sobre grupos abertos com parte da fala dos gestores citada acima. Repeti esse trecho por acreditar que se encaixa nos dois momentos, além dessa fala ser bem articulada com a territorialização.

A fala dos gerentes deixa claro que apesar de já saberem o que seria interessante para a construção de um PTS melhor e com mais resultados, essa mudança encontra-se além de seu alcance no momento, ainda tendo muito o que melhorar na estrutura da rede para se tornar uma realidade mais próxima:

consideramos que sabemos o que é necessário para fazer um bom PTS, mas não temos condições de fazer isso atendendo um território de 600 mil pessoas. Sugerimos, como estratégia para suportarmos esta situação e tensão, que só é possível fazer o trabalho de território e voltado para a comunidade com a nossa população mais próxima, de fato, de nosso território. Para os outros, o trabalho inevitavelmente fica restrito ao espaço do CAPS (NARRATIVA DOS GESTORES, p. 4).

Essa limitação quanto ao alcance do CAPS e suas dificuldades também é evidenciada pelos usuários, quando dizem que “outro de nós fala da necessidade de existirem mais CAPS, com melhores condições de trabalho, assim mais pessoas poderiam ser acolhidas, evitaríamos muitas e muitas internações” (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 3).

Para finalizar, os usuários trouxeram uma ideia, de que querem formar uma associação ou ONG, para conseguir parcerias com outros setores e verbas oficiais, e para fortalecer o grupo e chamar mais pessoas para ele, apresentaram a vontade de querer “ir visitar os CAPS uns dos outros, trocarmos ideias, e nos fortalecermos e, assim daremos uma potencia para o nosso grupo” (NARRATIVA DOS USUÁRIOS, p. 3).

### **5.3 (Re) Interpretação**

Por fim, farei uma reflexão sobre os aspectos que se destacaram nas categorias de análise enquanto discorro também sobre a forma como fui afetada pela experiência no grupo de pesquisa OBSAM.

Um dos pontos principais da luta antimanicomial, como visto na reforma psiquiátrica, é a inserção do usuário de volta à comunidade, depois de séculos de marginalização. Porém, ainda podemos ver claramente na literatura e nos relatos que ainda temos muito o que avançar. Os gestores, os trabalhadores e os usuários parecem saber claramente quais pontos precisam ser modificados para que seja feito um trabalho melhor na área de saúde mental no Distrito Federal. No entanto, ainda há dificuldades que estão além de seus alcances, como faltas de recursos, e não permitem que essa melhora seja imediata. E outras que podem ser modificadas.

Durante o andamento do projeto de pesquisa, ao investir no protagonismo do usuário, o que aconteceu mais ao final do semestre, já pudemos ver alguns resultados, a partir da rede criada entre os participantes. A associação que os usuários tiveram a ideia de criar já começou a ser organizada, já tendo nome, camiseta, entre outras coisas; alguns CAPS fizeram trocas de informações, compreendendo como outros colocam em prática atividades interessantes e levando as ideias para os seus próprios serviços, além de ajudas com partes burocráticas, como o entendimento sobre formas de conseguir verbas para atividades, etc; um contato maior entre os grupos de futebol para organização de campeonatos, criando inclusive um grupo no whatsapp com responsáveis pelo futebol de diferentes serviços para essa organização; entre outros resultados.

A partir do estudo das narrativas foi possível observar que ainda há uma falha na apresentação dos termos que são corriqueiramente usados pela equipe dos serviços de saúde para os usuários, que às vezes não sabem o que está sendo falado, dessa forma, não participam de seu PTS como deveriam. É de suma importância que os usuários conheçam os termos que serão utilizados para se referir ao seu tratamento, para que possa ser protagonista nesse momento importante.

Alguns serviços também apresentam falhas quanto a forma de construir o PTS, sendo que ainda oferecem cardápios prontos de atividades para os usuários, que às vezes não conseguem escolher as atividades considerando

os seus interesses, desejos e necessidades, precisando se encaixar no que é ofertado, o que pode afastá-lo do serviço e de seu tratamento. De acordo com a literatura, o PTS precisa ser construído de forma conjunta – incluindo os usuários e seus familiares, junto com a equipe. Ainda assim, foi possível observar que em alguns serviços isso já ocorre, os usuários têm uma maior autonomia na construção do seu projeto terapêutico, além de sentirem que a equipe os ajuda sempre que precisam.

Outro ponto importante é que a equipe deve estar preparada para acompanhar os usuários, para atender as demandas que o serviço recebe, não deixando desamparado aquele usuário que dá mais trabalho, que não é o “usuário bonzinho”, o que às vezes não acontece, como vimos apontada na fala dos gestores e na literatura. Além do usuário que muitas vezes é “esquecido” pelo serviço, pois não cobra da equipe o acompanhamento do seu PTS, o que em muitos locais não é realizado de forma regular.

Iniciativas como a do OBSAM facilitam o aumento de contato entre os usuários e quem trabalha nos serviços, de forma a ajudar no protagonismo do usuário na construção das políticas públicas. Como vimos na literatura, o empoderamento do usuário é um passo muito importante para o processo de recuperação deste, que junto com a equipe poderá encontrar atividades que o interessam e construir o tratamento que melhor o ajude a sair desse momento de dificuldades, causado pelo transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas.

Poder participar do grupo de pesquisa OBSAM foi uma experiência muito enriquecedora. Tive acesso a muitos relatos de funcionamentos reais em diversos serviços de saúde e aulas com profissionais muito reconhecidos na área da saúde mental, que trouxeram conteúdos muito interessantes e de forma clara. Além disso, ainda pude participar de uma experiência rica para a construção de melhores serviços junto a gestores, trabalhadores e usuários desses serviços, que são os envolvidos diariamente com as dificuldades, com o que está dando certo e quem pode ajudar a construir um serviço melhor.

A minha inserção no campo da saúde mental se deu há alguns anos, participando de projetos de extensão, como o Projeto de Extensão Multidisciplinar em Saúde Mental (PRISME) do UniCEUB, e estágio em que

participei de algumas atividades em diferentes CAPS, podendo ver de perto algumas dessas dificuldades apresentadas pelos grupos.

Durante esse tempo em que participo de atividades no CAPS vi algumas oficinas de geração de renda sendo criadas e fortalecidas, como uma oficina de culinária e outra de lavagem de carros de forma ecológica. A cada dia é possível ver a felicidade dos usuários ao receberem o dinheiro conquistado com o seu trabalho nessas atividades, além de estarem aprendendo novas funções, que poderão utilizar em outros momentos, fora do ambiente do CAPS, sendo um exemplo claro do tratamento não focado no espaço físico do CAPS, mas sim com a intenção de fortalecer o usuário para a vida em sociedade.

A oficina de lavagem de carros encontrou como dificuldade a falta de um local com sombra para o momento de lavar os carros e esperar os produtos secarem. Então a equipe do CAPS, os estagiários, extensionistas e os usuários organizaram e venderam rifas para juntar dinheiro para comprar uma tenda, que pode ser utilizada para outras atividades também. Dessa forma, todos os envolvidos ajudaram a melhorar a atividade. Além disso, as duas oficinas de geração de renda tiveram uma ajuda financeira no começo para a compra de materiais iniciais.

Essas experiências que contei acima foram pessoais, de antes de participar do projeto de pesquisa do OBSAM. Porém, durante o primeiro semestre desse ano, ao ver a rede que foi construída entre os participantes do projeto, pude ver também a troca de informações sobre esse tipo de atividades em CAPS que deram certo, objetivando a construção de atividades parecidas em outros CAPS.

## CONCLUSÃO

Essa monografia ressalta o valor da participação do usuário na construção do seu Projeto Terapêutico Singular. Sendo o usuário grande responsável pelo seu processo de recuperação, este deve participar de todas as etapas e da construção do seu PTS para que possa expressar as suas vontades e coisas que gosta de fazer e consiga alcançar um resultado melhor.

Por essa razão é importante que se fale mais sobre o assunto e que os serviços procurem trabalhar de forma conjunta com o usuário, dando mais oportunidades para estes na construção do seu processo de tratamento.

Foi possível observar durante o estudo que a autonomia dos usuários pode ser vista em vários serviços de saúde, ao apontarem que os usuários e seus familiares participam da construção de seu PTS, escolhendo atividades que os agradem e que são necessárias para eles, de forma que possam alcançar melhores resultados. Em alguns CAPS isso ainda não acontece, ainda é ofertado um cardápio de atividades em que os usuários precisam se encaixar, porém isso pode ser modificado.

Durante o estudo pudemos notar, além de muitos pontos positivos e trabalhos que dão espaço para o protagonismo do usuário, algumas dificuldades nos serviços que podem ser modificadas com a troca de informações entre a rede e outras que no momento estão fora do alcance dos serviços, como a falta de uma rede maior e maior cobertura de CAPS, sendo que cada serviço atende um território maior do que o que seria ideal, além de dificuldades com faltas de recursos, como não possuírem gasolina, telefone e outras coisas que precisam de recursos financeiros.

Como disse anteriormente, tive a oportunidade de participar de atividades em CAPS como extensionista e estagiária, o que me forneceu experiências ricas. Agora participando de um projeto mais amplo, tendo mais acesso desde gestores até usuários de vários serviços diferentes pude ter uma experiência ainda mais enriquecedora, tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Além de ter o privilégio de participar de um projeto de pesquisa que poucos têm acesso.

Para finalizar, ainda há um processo longo de desinstitucionalização pela frente, em que uma maior troca de informações, como o ocorrido no

OBSAM, tem grande importância para conseguirmos alcançar um serviço de melhor qualidade e com mais participação de todos. Sugere-se, então, para análises futuras, novas pesquisas, indo além das narrativas produzidas a partir dos grupos focais, dando foco à importância da educação permanente em serviço e a supervisão que deve acontecer nas políticas públicas, para que essas continuem a funcionar da melhor maneira.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kamila Siqueira de; DIMENSTEIN; Magda, SEVERO; Ana Kallini. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface: Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 577-89, jul./set. 2010.

AZEVEDO, A. B. de. O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Polis e Psique**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 80-93, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 25 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada 2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 15 abr. 2017

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. 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: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: [https://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/WebDestaque/Saude Mental em dados 2010.pdf](https://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/WebDestaque/Saude_Mental_em_dados_2010.pdf). Acesso em 15 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). Acesso em: 02 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em 02 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **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, 2015b. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 21 mar. 2017.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez. 2012.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa: Aportes metodológicos**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1972.

\_\_\_\_\_. **Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. (Ditos e Escritos. 1).

FURTADO, Juarez Pereira et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, jan. 2013.

FURTADO, Juarez Pereira; ONOCKO CAMPOS, Rosana. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, nov. 2008.

GABRIEL, Áurea Barbosa Pinheiro. **Uma reflexão sobre a convivência como um dispositivo clínico no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.

GOULART, Daniel Magalhães. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília – Programa de Pós-Graduação em Educação, Brasília, 2013.

KEMPER, M. L. C. et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Botucatu, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.19, n.1, p. 995-1003, 2015.

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**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LIMA, Maria da Glória; GUSSI, Maria Aparecida. **Observatório de Políticas Públicas de atenção à saúde mental no Distrito Federal**. Brasília, Universidade de Brasília, 2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MIRANDA, Lilian; et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 249-277.

OBSAM. Universidade de Brasília. Sobre o Observatório. Disponível em: [http://nesp.unb.br/obsam/?page\\_id=2](http://nesp.unb.br/obsam/?page_id=2). Acesso em: 20 abr. 2017.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de; MARTINHAGO, Fernanda; MORAES, Ramona Sant Ana Maggi de. **Entendendo o processo da reforma psiquiátrica**: a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: UFSC, 2009.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. O exercício interpretativo. In: **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 278-299.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 321-334.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído**: História e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PINTO, Diego Muniz; et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, jul./set. 2011.

RESENDE, Tania Inessa Martins de. **Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo de Saúde Mental**. 2015. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2015.

RINALDI, Doris Luz; BURSZTYN, Daniela Costa. **O desafio da clínica na atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008.

SÁ, Carmem Gomes de; PEREIRA, Ondina Pena. Psicopatologia e poder disciplinar: o papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. In: **Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde**. Brasília: Universa: 2006, p. 51-66.

SERPA JUNIOR, Otávio et al. **Experiência narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e do usuário**. Physis Revista de saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v 24, n 4, 1053-1077, 2014.

SHORTER, Edward. **Uma história da psiquiatria**: da era do manicômio a idade do prozac. Lisboa: Climepsi, 2001.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, v. 4 de Coleção Bacamarte: Psicanálise e psiquiatria, 2001.

\_\_\_\_\_. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

\_\_\_\_\_. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciências e saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013.

WETZEL, Christine, et al. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in mental health**: evidence for action. Geneva: WHO; 2013.