

## O PROJETO TERAPÊUTICO NOS CAPSS DE MATO GROSSO: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL<sup>1</sup>

Carolina Campos Ribeiro\*

Naiara Gajo Silva\*\*

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira\*\*\*

---

### RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSS) são dispositivos estratégicos para a atenção psicossocial no Brasil. No Projeto Terapêutico (PT) dos CAPSS, trabalhadores, gestores, usuários e familiares devem articular execução e gestão do cuidado, responsabilizando-se pelo tratamento. Em Mato Grosso (MT), uma das estratégias de reforço do vínculo no PT dos CAPSS é denominada “contrato terapêutico”. Foram estudados 22 documentos de 19 CAPSS de MT referentes a esses contratos, com o objetivo de analisar a constituição e a negociação implícitas no vínculo terapêutico. Destacamos as categorias: participação do usuário, participação dos familiares e participação das equipes/gestores. Os resultados apontaram dificuldades de inclusão do usuário e familiares na gestão do cuidado e o estabelecimento de relações autoritárias e repressivas. O desenvolvimento de instrumentos para a atenção psicossocial é imprescindível na modificação do processo de trabalho/cuidado nessa área. A incoerência dos documentos analisados com a proposta da atenção psicossocial aponta os riscos de manter e reproduzir ações pautadas pelo controle e repressão típicos da psiquiatria clássica, mesmo em serviços abertos de saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Trabalho. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Assistência Centrada no Paciente.

---

### INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica insere uma nova proposta no campo do conhecimento e das práticas de saúde mental, rompendo com o modelo da psiquiatria clássica através da desconstrução do conceito de doença mental enquanto erro, ausência de razão, periculosidade e do isolamento e tratamento moral como práticas terapêuticas<sup>(1)</sup>. A mudança na lógica que orientou historicamente tais práticas representa a construção do modo de atenção psicossocial. Isto requer transformação no cotidiano do processo de trabalho em saúde, de forma que se altere radicalmente o modo como os trabalhadores o constituem e se relacionam com a vida e o sofrimento psíquico a partir de um novo objeto: sujeitos singulares e complexos para cujas ações a finalidade seja o desenvolvimento da autonomia<sup>(2)</sup>.

Como instrumento tecnológico e dispositivo

de transformação do trabalho na atenção psicossocial, o Projeto Terapêutico (PT) é uma metodologia de cuidado e gestão que representa o deslocamento da cura - como norma ideal - para a reprodução social das pessoas, num processo de singularização que supere as concepções abstratas de saúde como bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação do dano, delineando a construção compartilhada da vida e “invenção” de saúde<sup>(3)</sup>. Destarte, reconhecem-se os limites da psiquiatria clássica quanto à singularização de um sujeito e a valorização de uma parte essencial do trabalho em saúde produzida no ato da relação terapêutica: trocas, afetividade, vínculo e responsabilização.

A articulação entre a clínica do sujeito e a gestão dos cuidados empreendida no PT se dá a partir da produção de saúde enquanto um processo que é *coconstruído* e *cogrido* com o objetivo de desenvolver graus progressivos e

---

<sup>1</sup>Estudo vinculado à pesquisa intitulada Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos CAPS de Mato Grosso (PRATICAPS-MT), financiada pelo CNPq – Processo nº 554534/2005-3.

\*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Técnica administrativa do Hospital Universitário Júlio Muller. E-mail: carolinafaen@gmail.com

\*\*Graduanda do Curso de Enfermagem da UFMT. Bolsista PIBIC/CNPq no período 2007/2008. E-mail: nah.gajo@hotmail.com

\*\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada da FAEN/UFMT. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Mental-MT (NESM-MT). E-mail: alicegbo@yahoo.com.br

sempre relativos de autonomia entre os diferentes sujeitos que atuam no cuidado terapêutico: trabalhadores, gestores e usuários, e cuja finalidade seja o desenvolvimento e reforço da responsabilização e do vínculo entre eles<sup>(4-6)</sup>.

Exige-se desses sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) capacidade reflexiva e operacional para juntos construírem um novo modo de protagonizar ações e instrumentos que explicitem esta mudança tanto na produção de atos de saúde (clínica) quanto no complexo processo de negociação e contratualização entre eles (gestão)<sup>(4)</sup>.

A noção de articulação trazida pelo PT e a necessidade de negociar as atuações de uns com os outros representam o grau de responsabilização mútua e o vínculo desenvolvido entre os sujeitos que participam deste processo de *coconstrução* e *cogestão* ativa de saúde.

Esta articulação entre clínica e gestão no PT se vincula ainda à noção de profissional de referência, o qual assume a gestão de um PT em andamento como um potencial instrumento de reforço do vínculo<sup>(7)</sup>.

Autonomia, responsabilização e vínculo são as bases do PT e, a partir da negociação entre trabalhadores, gestores e usuários, pretende-se que este projeto se constitua em importante instrumento de trabalho na atenção psicossocial.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o serviço da rede do Sistema Único de Saúde considerado inovador e estratégico para o desenvolvimento do modo de atenção psicossocial. No CAPS a elaboração do PT é o instrumento orientador da clínica, que “personaliza” o atendimento de acordo com as necessidades de cada usuário<sup>(8)</sup>.

Segundo a Portaria GM 245/05, uma das exigências para que a prefeitura de qualquer município possa receber financiamento para implantar um CAPS é elaborar e apresentar ao Ministério da Saúde (MS) e à respectiva Secretaria de Estado da Saúde (SES) o PT do serviço que pretende criar. Desta forma, presume-se que haja corresponsabilidade e articulação entre todas as esferas governamentais que planejam a implantação dos CAPSs. Desta forma, o PT do CAPS permite que se possam representar a identidade do serviço e o grau de comprometimento dos gestores e trabalhadores

com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Destarte, a elaboração do PT institucional num serviço de atenção psicossocial envolve cuidar, fazer-se responsável, evitar o abandono, atender à crise e responsabilizar-se pela demanda<sup>(1)</sup>, e desta forma explicita o tipo de relacionamento e o grau de responsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários: “[...] dividir, negociar e delegar encargos pelo cuidado entre profissionais, familiares, vizinhos e usuários tem-se transformado numa constante no cotidiano dos serviços de saúde mental, à medida que se procuram construir redes sociais de suporte ao louco”<sup>(9: 129)</sup>.

Em Mato Grosso existem atualmente 33 CAPSs em 23 municípios do Estado<sup>(10)</sup>. Entre as ações e estratégias para o reforço do vínculo nos PTs dos CAPSs do Estado, a etapa na qual são negociadas as ações e atuações/responsabilidades dos trabalhadores e usuários/familiares é denominada no contexto local de “contrato terapêutico”.

Contrato terapêutico pode ser definido como um acordo explícito firmado entre o terapeuta, os familiares e outros profissionais no qual constam as combinações, regras e padrões éticos estabelecidos<sup>(11)</sup> entre aqueles. Ele é considerado como um “elemento de suma importância no modelo psicossocial de abordagem ao indivíduo e à família, que [...] significa um acordo formal entre partes (profissional, pessoa doente e família), no sentido de explicitar direitos, deveres e responsabilidades”<sup>(12: 205)</sup>.

A partir destas definições, compreendemos que o contrato terapêutico estabelecido na atenção psicossocial é parte de negociações e acordos sempre mutáveis e construídos conjuntamente. Gestores, equipes de saúde e o usuário/familiar combinam entre si direitos e deveres, além de metas e ações a serem realizadas com o objetivo de reduzir o sofrimento da pessoa, garantir e estimular sua autonomia nesse processo e permitir que, a qualquer momento o PT seja reavaliado e reconstruído.

O objetivo deste estudo foi analisar a constituição e a negociação implícitas nos “contratos terapêuticos” integrantes dos PTs institucionais dos CAPSs de Mato Grosso.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é do tipo exploratória descritiva e está inserida na pesquisa Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos CAPSs de Mato Grosso (PRATICAPS-MT), realizada de março de 2006 a fevereiro de 2008, com apoio do CNPq.

Os dados documentais foram coletados em 27 CAPSs dos tipos I, II, AD e infantil, número que corresponde ao total de CAPSs existentes em 20 municípios de Mato Grosso até o ano de 2005. A coleta de dados foi precedida pela assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes e da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM/Cuiabá (Nº. 371 CEP-HUJM/05).

A coleta dos dados foi realizada por um pesquisador em cada um dos CAPSs, o qual identificou os documentos constantes do processo de tratamento dos usuários (todos os formulários que eram rotineiramente utilizados no atendimento e faziam parte dos prontuários) e da gestão (Projeto Terapêutico Institucional e Regulamentos ou Regimentos apresentados pelo coordenador).

Neste artigo analisamos especificamente os formulários que continham informações a respeito das relações entre usuários, familiares e equipes nos CAPSs estudados, os quais tinham diversas denominações: Termo de responsabilidade, Contrato de tratamento, Regulamento do usuário, Termo de contratualidade, Protocolo de atendimento e Termo de compromisso. Apesar disto, foram tratados como sinônimos e, nesta pesquisa, denominados “contrato terapêutico”, pois eram assim mencionados por grande parte das equipes.

Em 19 dos 27 CAPSs estudados no PRATICAPS-MT foram identificados documentos dessa natureza e em oito deles tais documentos não foram identificados. Em um CAPS o documento foi disponibilizado com a observação de que não estava sendo utilizado nos últimos meses. Em três CAPSs havia dois documentos com o mesmo teor (Contrato de Tratamento e Regulamento). Assim, foram estudados 22 documentos provenientes de 19 CAPSs. Nesta pesquisa são apresentados fragmentos textuais de cada categoria seguidos

do número do CAPS em ordem aleatória de 1 a 22.

A análise dos dados foi feita com base na técnica de análise de conteúdo do tipo “temática” como descrita por Minayo<sup>(13)</sup>. A partir da leitura do material empírico, as unidades de registro foram codificadas de acordo com o local e agrupadas de acordo com a pertinência aos temas referentes à participação do usuário, dos familiares, e dos trabalhadores/gestores nos PTs institucionais dos CAPSs estudados.

A categorização do material empírico foi realizada tendo-se por referência os estudos sobre processo de trabalho, princípios do SUS, atenção psicossocial, clínica ampliada e projeto terapêutico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os documentos estudados constituíam-se de informações sobre regras, normas e compromissos que serviam à organização do tratamento no CAPS. Muitos possuíam itens idênticos (formulários iguais) ou semelhantes (a mesma norma/regra, com redação diferente).

Os documentos foram apresentados pelos coordenadores dos CAPSs como itens obrigatórios nas supervisões técnicas do gestor estadual, onde se conclui haver uma orientação geral sobre a sua elaboração. Isto se evidencia nas recomendações dos relatórios técnicos da Secretária Estadual de Saúde (SES-MT) de que as equipes elaborassem os formulários de “contrato terapêutico” nos CAPSs e os incorporassem de forma sistemática no tratamento dos usuários/familiares<sup>(10)</sup>.

Um contrato terapêutico se diferenciou dos demais e não se integrou às categorias apresentadas a seguir. Neste havia espaço para a descrição dos aspectos relacionados ao PT e aos acordos a serem feitos entre usuário e equipe, tais como os tipos de atividades a serem realizadas no CAPS e fora dele, os horários, a frequência, o uso de medicações e a participação da família, conforme as necessidades que surgissem ao longo do tratamento.

O termo de contratualidade, como era denominado, previa a possibilidade de haver modificações durante o tratamento, devendo eventuais mudanças serem realizadas em

conjunto com os usuários. Destarte o termo pressupõe a participação ativa do usuário nas tomadas de decisão sobre as ações e metas do tratamento, e assim o estímulo e resgate da autonomia da pessoa em sofrimento psíquico. Neste tipo de negociação, o vínculo entre usuário e equipe de trabalho é reforçado e estimulado. Nos demais documentos estudados a construção deste vínculo era diferente.

Utilizando-se o Processo de Trabalho como eixo de análise, estes documentos foram categorizados em *Participação do usuário*, *Participação dos familiares* e *Participação das equipes e gestores*.

### Participação do usuário

A forma como os usuários participariam do tratamento dependia, em muitos casos, do estabelecimento de um perfil definido pela equipe:

O CAPS I realiza atendimento a pessoas com transtorno mental estabilizado, tais como: alteração do comportamento, sofrimento mental, perturbação mental, transtorno de humor (depressão, ansiedade), dependente químico (fora de quadros emergenciais), egresso de hospitais psiquiátricos. [...] Após a avaliação interdisciplinar individual do usuário, será discutida pela equipe: se o mesmo é ou não demanda para o CAPS [...] Esta unidade não é pronto atendimento, sendo assim, não atendemos urgências e/ou emergências (4) (Grifos do documento).

A seleção da demanda a partir desses critérios inviabiliza a realização de práticas psicossociais que impliquem cuidar, evitar o abandono ou a responsabilização pelas pessoas no sentido de não separar prevenção, tratamento e reabilitação e atender às crises tanto nos serviços quanto nos domicílios<sup>(1)</sup>.

Da mesma forma, o comportamento esperado do usuário era também definido por regras rígidas estabelecidas pelas equipes:

Respeitar e acatar as regras determinadas pela equipe (2, 8, 11, 18, 20).

A agressão física e verbal era prevista:

Será considerado como falta grave, com desligamento imediato do tratamento, qualquer tipo de agressão física ou verbal (3, 12).

Comportamentos agressivos são manifestações próprias de qualquer pessoa, e no caso de pessoas em sofrimento psíquico podem ser consequência da própria condição do usuário, oriunda de delírios ou alucinações que provocam alterações no comportamento e no humor. A qualquer momento a pessoa pode apresentar agitação psicomotora, violência física, agressões verbais, destruição de material, fugas, crises de choro, entre outros comportamentos<sup>(14)</sup>. A abordagem psicossocial inclui o manejo de situações como estas, integrando-as de modo compatível na vida de relações do sujeito, e não de forma repressiva ou até impeditiva do cuidado no momento de maior dificuldade: a crise.

O estigma da periculosidade e agressividade construído historicamente em torno da loucura faz com que equipes despreparadas para o trabalho na atenção psicossocial e sob supervisão técnica de gestores que priorizam aspectos formais e administrativos elaborem tais formas de assistência de base autoritária e repressiva, nas quais a pessoa em tratamento não é vista como sujeito, mas subjugada aos preceitos da psiquiatria clássica.

A frequência, as faltas dos usuários e a necessidade de justificá-las foram temas muito presentes nos contratos:

[...] me comprometo a frequentar o tratamento (2, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22);

No caso de falta sem justificativa a equipe técnica irá revisar o contrato, podendo desligar-me do tratamento (5, 10, 13);

O paciente que faltar 05 (cinco) vezes consecutivas, sem justificativa, será suspenso do relatório mensal (1);

Se necessário faltar, justificar a equipe técnica com antecedência ou de imediato. Traga atestado médico; serão toleradas apenas três faltas com justificativa (2, 8, 9, 10, 11, 17, 18);

Faltas acima de três (3) dias consecutivos implicarão em abandono de tratamento, cabendo ao cliente justificar a sua ausência formalmente (atestado médico, de frequência ao trabalho e etc.) (7, 12, 21).

A falta era abordada como um ato de indisciplina e remetia a uma punição relacionada ao tratamento (“desligamento”, suspensão). A pedagogia disciplinadora era clara, reforçada por

punição. Esta abordagem não ocorre em nenhum outro serviço da rede do SUS e aponta que, mesmo num serviço de saúde mental aberto, muitas vezes a violência contra a pessoa em sofrimento mental se mantém como nas antigas instituições psiquiátricas fechadas.

O CAPS não é um dispositivo punitivo, ao contrário, em cada PT desenvolvido pela equipe e usuário, o objetivo é ajudar o sujeito a restabelecer suas relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder social, resgatando sua autonomia afetivo-material-social-política<sup>(3)</sup>.

Se considerarmos os usuários dos CAPSs como pessoas em sofrimento às quais historicamente foi negado o direito de exercer autonomia, essas pessoas necessitam ser estimuladas neste sentido. Não ir ao CAPS pode ser um comportamento que necessita de cuidado terapêutico, por isso requer também que a equipe se questione e reavalie o PT, busque novas estratégias de vínculo e se responsabilize pelo sujeito em tratamento, pois cuidado psicossocial “[...] é um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos em jogo”<sup>(3: 34)</sup>.

Usuários em estado depressivo, por exemplo, provavelmente faltarão mais de três vezes, sendo o desânimo e a falta de iniciativa características do sofrimento que a pessoa vive. Desse modo, a falta pode ser própria da condição desta pessoa, ou uma das formas de manifestar seu sofrimento, cabendo à equipe do CAPS ajudá-la, e não suspender o tratamento e abandoná-la, como previsto nos documentos estudados.

Soma-se a isto o poder do médico neste processo, pois figura como aquele que, através do seu atestado, “absolve” a pessoa da punição e devolve-lhe o direito de entrar no serviço. Um contrato em que o médico seja o eixo organizador das ações gerenciais e de cuidado configura uma grande contradição com os objetivos da reabilitação psicossocial.

A falta seguida de punição que se analisou, comum a muitos dos CAPSs estudados, está ligada a fatores históricos que apontam as contradições e limitações relacionadas à mudança do modelo assistencial em saúde mental, tais como o uso de novas formas de violência mais sutis, a deficiência de formação e

capacitação dos profissionais e gestores e a dificuldade de empreender uma nova forma de gerenciar o cuidado cotidiano<sup>(4,7)</sup>.

A participação dos usuários nas atividades previstas também era cercada de proibições e normas rígidas:

Participar das atividades propostas pelo tratamento, sem exceção. Não será permitido ficar fora da sala durante o trabalho. Não é permitido a entrada de aparelhos celulares, som, discman, walkman, apito e similares nas reuniões de grupo, bem como outros objetos (2, 8, 11, 18, 20, 21);

Não se ausentar do local durante a realização das atividades propostas, sem autorização do técnico responsável pelo grupo (9);

Não será permitido ao usuário ficar fora da sala durante as atividades, nem fumar no decorrer das mesmas. Será permitido apenas nos horários e local preestabelecidos (9, 17);

Comparecer no horário estabelecido: período da manhã das 07:00h às 11:00h [...] período da tarde das 13:00h às 17:00h (2, 8, 11, 17, 18, 19, 20);

Comparecer exatamente nos horários preestabelecidos ao início das atividades programadas ao meu projeto terapêutico. (9, 10, 13);

O atraso nos horários tem tolerância de 10 minutos para as atividades do dia, passado este tempo não será permitido sua inclusão nas atividades (19).

As dificuldades próprias do manejo clínico psicossocial de situações que, por si, são instáveis e até ambivalentes na condição humana, como o desejo de ficar ou ir embora, ir e não ir, estar e sair, remetem os profissionais, provavelmente em decorrência da frágil capacitação para o cuidado psicossocial, a tentar fixá-las por meio de normas administrativas. Trata-se de uma tentativa de imobilizar e fixar o imponderável do comportamento humano, a qual, além de ser ineficaz terapeuticamente, explicita o autoritarismo dos técnicos/gestores.

As questões relacionadas ao uso e/ou porte de álcool e drogas no CAPS foram abordadas nos documentos de forma autoritária e ameaçadora. A condição de um dependente químico durante tratamento pode ser efeito da droga, porém a abordagem desta situação era de negação de atendimento, repressão e ameaça:

Não comparecer ao tratamento sob o efeito de

drogas ilícitas ou álcool (2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17);

Não comparecer ao tratamento sob efeito de drogas e/ou álcool e nem portar estas substâncias no interior do CAPS. Caso aconteça será desligado do tratamento (2, 11, 18, 20);

É proibido o porte e uso de álcool e/ou substâncias ilícitas no CAPS AD E/OU SUAS IMEDIAÇÕES. Lembramos que existem implicações legais quanto às substâncias ilícitas (7) (Maiúsculas do documento).

Ir ao CAPS no momento da crise é uma manifestação explícita de pedido de ajuda, de cuidado, o que não é uma atitude comum nos casos de dependência química, pois os vínculos são enfraquecidos ou inexistentes nas relações sociais do dependente químico<sup>(15)</sup>. Bloquear esta aproximação contraria o objetivo estratégico do CAPS: a construção de vínculo de forma a atender à crise e impedir a internação psiquiátrica<sup>(1)</sup>.

Novamente observam-se tentativas de resolução de dificuldades de manejo clínico típicas do tratamento de dependentes químicos por meio de instrumentos repressivos entre os quais constam até ameaças veladas (“implicações legais”), o que, certamente, dificulta ainda mais a abordagem terapêutica nesse caso.

Em um CAPS, o uso e/ou porte de drogas remeteria à família:

Durante a realização do tratamento, o usuário não deverá comparecer à Unidade sob efeito de drogas e/ou álcool, e nem portar tais substâncias. Caso isto ocorra, o Familiar/Responsável será convidado a comparecer ao CAPS com o objetivo de tentarmos resolver o problema (7).

Parece uma abordagem com duplo sentido: o familiar pode ser considerado um agente de cuidado junto com a equipe ou agente de ameaça ao usuário. Porém, qualquer que seja a finalidade da presença do familiar nesse possível momento de crise, o usuário, neste caso, não é tido como sujeito nesta relação, mas sim tutelado.

Tratados homogeneamente e submetidos às regras institucionais, conforme demonstram os documentos da maioria dos CAPSs, os usuários não têm nenhuma participação na construção do PT, sendo o vínculo decorrente desta relação fraco ou inexistente e o planejamento da terapêutica, formal, prescritivo e disciplinador.

*Coconstruir* um PT para o cuidado em saúde mental implica, primeiramente, reconstruir a complexidade das pessoas enquanto sujeitos singulares e sociais que têm uma existência rica em recursos, possibilidades e experiências<sup>(3)</sup>, assegurando a elas o exercício da cidadania e ganhos de autonomia na direção e forma com que desejam “andar na vida”.

### Participação dos familiares

Na atenção psicossocial, o cuidado comunitário em substituição à internação psiquiátrica, como proposto no CAPS, implica esforço em identificar a realidade dos familiares que convivem com a pessoa em sofrimento mental e buscar formas de ajudá-los, utilizando para isto um conjunto amplo e complexo de práticas psicossociais com a finalidade de manter a pessoa na comunidade. Trata-se de acolher não somente o sofrimento da pessoa adoecida, mas também o do familiar que convive com ela.

Na maioria dos contratos analisados a participação da família no cuidado não permitia que seu sofrimento, suas dúvidas e suas dificuldades fossem acolhidos:

Familiares deverão comparecer às atividades uma vez por semana em dias estabelecidos [...] ou quando solicitados para participarem de atividades definidas pela equipe técnica. Serão toleradas 2 faltas. [...] (2, 5, 11, 18, 19, 20);

Os familiares deverão comparecer às atividades direcionadas aos mesmos (7);

A participação da família no programa é obrigatória, desde o início, sendo assim deverá assumir o compromisso de comparecer ao CAPS nos horários previamente marcados (17) (Grifo do documento).

A mesma submissão à disciplina institucional prevista para os usuários é repetida para os familiares. Havia uma preocupação repetitiva em identificar responsáveis pelo usuário. O familiar era compreendido como tutor da pessoa em sofrimento mental e tinha a responsabilidade de repassar todas as informações sobre a pessoa para a equipe do CAPS:

O responsável pelo tratamento assume total compromisso em acompanhar o paciente quando encaminhado para outro serviço médico [...] autoriza a saída do paciente para atividades extrainstituição [...] (1);

Pacientes que não possuem condições de autocuidar deverão estar acompanhados por um responsável durante a permanência do paciente nesta referida unidade (4);

O familiar ou responsável compromete-se a deixar e buscar seu usuário no CAPS caso o mesmo necessite de acompanhamento. Não será feito o transporte daqueles usuários autônomos e aqueles autorizados pelos familiares devem locomover-se sozinhos (20);

Familiares deverão se comprometer com o tratamento da seguinte forma: Informar para a equipe intercorrências (consultas médicas fora do CAPS, mudanças no comportamento, ingestão de bebida alcoólica, etc.); comparecer às atividades quando solicitados pela equipe (reuniões de família, grupo terapêutico familiar, atendimento individualizado, confraternizações, etc.); estar sempre em contato com a equipe para auxiliar no processo de tratamento (9).

Em três documentos, o termo depreciativo empregado à suspensão do tratamento - “desligamento” - se estende ao familiar, que deverá receber “de volta” a pessoa em uma entrevista “de devolução”:

Caso o usuário seja desligado do tratamento será marcado (sic) uma entrevista de devolução com a família e/ou com a instituição que o referenciou (3, 6, 12).

A equipe deve dividir com a família o tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção ao usuário e familiar, estabelecendo uma relação de parceria e responsabilidade<sup>(16)</sup>. Além disso, o familiar também deve ser visto como alvo de cuidado do CAPS, que deve ser ouvido em suas dúvidas e atendido em suas necessidades.

A análise dos documentos permite afirmar que muitas vezes o que é esperado do familiar é a função de *informante*, para manter os profissionais “atualizados” sobre o que ocorre fora do CAPS e em casa com o usuário, e de *acompanhante* em consultas e atendimentos nestes locais e até mesmo dentro do CAPS onde o usuário realiza tratamento. A questão ética da condição de “informante” sobre o comportamento do usuário é bastante grave e contrária às estratégias psicossociais de cuidado. Provavelmente reflete também questões técnicas de pouca capacitação para o trabalho, além da manutenção de práticas repressivas dos técnicos

e gestores herdadas do modelo da psiquiatria clássica, no qual o sujeito “doente mental” não tem o direito de falar por si.

Percebe-se uma sobrecarga de deveres sobre a família sem a correspondente ajuda em suas dificuldades de conviver com uma pessoa em sofrimento mental que deveria ser prestada, principalmente, pelos profissionais dos serviços comunitários de saúde mental<sup>(17)</sup>, como os CAPS.

A presença da família no processo de tratamento e reabilitação da pessoa com sofrimento mental é de suma importância, e envolve a troca de sentimentos e a interação entre usuários/família e trabalhadores de saúde mental para que permaneçam ligados por elos afetivos com a formação de vínculos<sup>(18)</sup>.

### Participação das equipes e gestores

A participação das equipes na definição dos contratos terapêuticos evidenciada nos documentos até aqui apresentados estava associada, sobretudo, ao modelo psiquiátrico repressivo. Em uma situação, o contrato era semelhante ao de um hospital psiquiátrico:

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

- a) Evasão (fuga do paciente)
- b) “Tentativa” ou “ato suicida” do paciente
- c) Agressões físicas resultando ferimento:

entretanto envidará todos os esforços para evitar tais ocorrências (1).

Pressupõe-se haver ocorrido apropriação, sem nenhuma crítica, de formulários utilizados em hospitais psiquiátricos (com dificuldades inclusive de redação). Segurança e vigilância são objetivos que atendiam aos antigos hospícios. Esses termos são criticados até quando utilizados por hospitais psiquiátricos<sup>(19)</sup> e se tornam ainda mais inadequados à proposta do CAPS, serviço substitutivo que busca resgatar a cidadania e inclusão social das pessoas em sofrimento mental e sua família.

Esta abordagem não é pertinente ao CAPS, pois este não é um local de reclusão, ao contrário, é um serviço aberto onde as pessoas têm autonomia para sair no momento que acharem oportuno sem que isso seja entendido como fuga, mesmo porque se supõe que os usuários não estão presos.

Em relação ao trabalho a ser desenvolvido pela equipe, observou-se um documento peculiar que se apresenta como uma lista de proibições com a palavra “não” em negrito, onde é enfatizado o que o CAPS **não** faz pelo usuário:

**Não** fornecemos medicamentos psiquiátricos ou outros quaisquer;

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

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

Estas restrições estão em desacordo com as responsabilidades que as equipes de saúde mental dos CAPSs têm sobre a regulação e distribuição de medicamentos<sup>(8)</sup>. Unindo-se essa informação com o direito do usuário a esses medicamentos pela rede SUS, entende-se que o direito deste está sendo negligenciado em favor de um contrato terapêutico que funciona como a chave de entrada no serviço: o usuário assina o contrato para que possa ser “ligado” ao CAPS e permite, sem questionar, a destituição de seus direitos para não ser punido com o “desligamento”.

Não realizar atendimento em casa é outro fator que não corresponde às ações do PT, que prevê atividades fora do espaço físico do hospital, como as visitas domiciliares, e o atendimento às crises em casa<sup>(1,8)</sup>.

Percebe-se um processo de alienação do trabalho realizado na maioria destes CAPSs. As equipes não reconhecem o serviço onde se inserem: ora o identificam com as mesmas funções do hospital psiquiátrico (aprisionamento, controle, vigilância), ora atuam a partir de recomendações repressivas e disciplinadoras típicas do “tratamento moral” pineliano (normas, disciplina com reforço punitivo), ora negam direitos adquiridos formalmente pelo SUS (medicamentos e visitas domiciliares).

A padronização desses documentos na maioria dos CAPSs e sua exigência nas supervisões técnicas da gestão estadual evidenciam o grande despreparo técnico e político de trabalhadores e gestores para a atenção psicossocial neste estado.

A participação, construção e gestão conjuntas do PT na atenção psicossocial, não se dão por

meio de normas administrativas, mas por qualificação técnica e ética do trabalho em saúde mental. Observamos, em Mato Grosso, um grande investimento administrativo e financeiro que se reflete em índices muito bons de cobertura CAPS/habitantes, entretanto a efetividade das práticas psicossociais, que requerem participação e controle social, desconcentração de poder e capacitação profissional adequada, ainda é escassa no Estado<sup>(10)</sup>.

Os documentos analisados não foram objeto de estranhamento ou problematização por parte de gestores, que os orientavam e exigiam, ou da maioria das equipes que os elaboravam. Sua adequação e pertinência não eram discutidas. Mesmo que fossem mais um procedimento burocrático, estavam presentes no dia-a-dia das equipes e dos usuários e familiares - que os assinavam rotineiramente e os arquivavam sistematicamente nos prontuários de 18 CAPS -, e de gestores, que registravam a sua presença ou falta, nos 27 CAPSs do Estado. Tais procedimentos, que na quase-totalidade dos casos eram resultantes de alienação e distanciamento dos sujeitos gestores e trabalhadores em relação aos respectivos processos de trabalho, só podem reproduzir alienação nas práticas de cuidado, o que, certamente, não contribui para a autonomia de usuários, trabalhadores e gestores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do PT na atenção psicossocial envolve articulação entre a clínica ampliada e a gestão, de forma que usuários, familiares, trabalhadores e gestores possam negociar e pactuar acordos numa relação de aproximação entre sujeitos que cuidam e sujeitos que necessitam de ajuda para se cuidarem.

A incoerência da maioria dos documentos analisados com a proposta da atenção psicossocial, encontrada neste estudo, mostra que a mudança do modelo assistencial em saúde mental é um processo histórico contraditório, complexo, e requer tempo e investimento dos gestores, dos trabalhadores e da sociedade na sua construção.

Consideramos ainda que as fragilidades técnicas e a ética repressiva que pautam a

maioria dos documentos analisados são resultantes de algumas condições próprias do contexto mato-grossense, mas não são estranhas a outros contextos, onde se apresentam, talvez, de modo mais sutil. A superação das práticas autoritárias nos serviços de saúde mental requer crítica e autocrítica constantes. Vários outros

estudos, em diferentes contextos, apontam os riscos atuais de mantermos e reproduzirmos ações terapêuticas pautadas pelo controle e repressão - procedimentos típicos da psiquiatria clássica -, mesmo em serviços abertos de saúde mental.

---

## THE THERAPEUTIC PROJECT OF CAPS OF MATO GROSSO: A DOCUMENTARY ANALYSIS

### ABSTRACT

The Centers for Psychosocial Care (CAPS) are strategic devices for the psychosocial care in Brazil. In the CAPS Therapeutic Project (TP) of CAPS, workers, managers, users and family members should articulate implementation and management of care, being responsible for the treatment. In Mato Grosso (MT), one of the strategies to strengthen the bond of TP in CAPS is called "therapeutic contract." We studied 22 documents of 19 CAPS MT on such contracts, as the purpose of analyzing the formation and negotiation implied in the therapeutic relationship. Featuring the categories: participation of the user, the family and the teams/managers. The results showed the difficulties of inclusion of the user and family in care and management of the establishment of authoritarian and repressive. The development of instruments for the psychosocial care is essential in the modification of the work / care in this area. The inconsistency of the documents analyzed with the proposal of the psychosocial care highlights the risks of maintaining and guided play activities for the control and repression of the typical classical psychiatry, even in mental health services open.

**Key words:** Mental Health. Work. Community Mental Health Services Patient-Centered Care.

---

## EL PROYECTO TERAPÉUTICO DEL CAPS DE MATO GROSSO: UN ANÁLISIS DOCUMENTAL

### RESUMEN

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son dispositivos estratégicos para la atención psicosocial en Brasil. En el Proyecto Terapéutico (PT), de los CAPS, trabajadores, gestores, usuarios y miembros de la familia deben articular la aplicación y la gestión de la atención, responsabilizándose por el tratamiento. En Mato Grosso (MT), una de las estrategias para fortalecer el vínculo de PT en el CAPS se llama "contrato terapéutico". Se estudiaron 22 documentos de 19 CAPS MT en dichos contratos, con el objetivo de analizar la formación y la negociación implícita en la relación terapéutica. Destacamos las categorías: participación del usuario, de los familiares y los equipos o directores. Los resultados mostraron las dificultades de la inclusión de los usuarios y familiares en la gestión del cuidado y el restablecimiento de relaciones autoritarias y represivas. El desarrollo de instrumentos para la atención psicosocial es esencial para la modificación del trabajo/cuidado en este ámbito. La incoherencia de los documentos analizados con la propuesta de la atención psicosocial se destacan los riesgos de mantener y reproducir las actividades de guía para el control y la represión de la psiquiatría clásica típica, incluso en los servicios de salud mental abierta.

**Palabras-clave:** Salud Mental. Trabajo. Servicios Comunitarios de Salud Mental. Atención Dirigida al Paciente.

---

## REFERÊNCIAS

1. Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Rev Saúde em Debate*. 2001; 25(58):28-36.
2. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, editores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 837-68.
3. Rotelli F. A Instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-99.
4. Merhy EE. Apostando em Projetos Terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde). In: Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 135-47.
5. Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS estação. In: Harare A, Valentini W, editores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 37-58
6. Onoko-Campos RT, Campos, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, editores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-88.

7. Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília; 2004.
9. SILVA MBB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*. 2005;15(1):127-50.
10. Oliveira AGB coordenador. Relatório Final Pesquisa PRATICAPS-MT - Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de Mato Grosso. Cuiabá: CNPq/NESM - UFMT; 2008.
11. Zuse AS, Rossato VMD, Backes VMS. Genetograma: um instrumento de trabalho na compreensão sistêmica de vida. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(3):308-20.
12. Pushel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):466-70.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
14. Botega NJ, Dalgalarondo P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitec; 1993.
15. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas [Internet]*. 2006 fev [acesso 2009 jan. 10]; 2(1):1-17. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>
16. Schrank S, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 mar; 42(1):127-34.
17. Souza CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciênc. cuid. saúde*. 2006;6(3):357-62.
18. Brasil E, Jorge MCE. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. *Ciênc. cuid. Saúde*. 2009;7 (3):333- 38.
19. Oliveira AGB. A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá-MT. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.

---

**Endereço para correspondência:** Carolina Campos Ribeiro. Rua Birmânia, 243, Bairro Shangri-lá. CEP: 78060-260. Cuiabá, Mato Grosso. E-mail: carolinafaen@gmail.com

**Data de recebimento:** 13/01/2009

**Data de aprovação:** 14/09/2009