

# CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TRAJETÓRIA, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

## CENTER OF PSYCHOSOCIAL CARE: PATH, ORGANIZATION AND THE OPERATION

## CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL: CAMINO, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Christine Wetzel<sup>I</sup>  
Luciane Prado Kantorski<sup>II</sup>  
Jacqueline de Souza<sup>III</sup>

**RESUMO:** Este artigo objetiva descrever a trajetória, organização e funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Utiliza-se a abordagem qualitativa da *avaliação de quarta geração*, mediante observação de campo desenvolvida em 2003 e 2004. Foram realizadas 468 horas de observação e entrevistas com usuários, equipe e familiares. As questões decorrentes do processo foram agrupadas nos seguintes núcleos temáticos: *histórico do serviço - 1992 a 2002*, compreendendo a trajetória desde o início informal das atividades até o efetivo cadastramento do serviço e *a organização do CAPS*. Conclui-se enfatizando fatores internos e externos que contribuem e limitam para que o serviço se constitua como substitutivo ao hospital psiquiátrico.

**Palavras-chave:** Avaliação; saúde mental; atenção psicossocial; enfermagem.

**ABSTRACT:** This article describes the path, organization and the operation of a Center of Psychosocial Care (CAPS). The qualitative approach of the *forth generation evaluation* is used, with field observations and interviews developed along 14 months and totaling 468 hours with the team, users, and family members, in 2003 and 2004. The issues generated by the process were grouped in the following thematic nuclei: history of the service - 1992 to 2002, for the understanding of its path from the early informal beginning of its operations to its effective structuring, registering, and organization. Finally, there is emphasis on internal and external factors that propel and limit the service toward the replacement of the psychiatric hospital.

**Keywords:** Evaluation; mental health; psychosocial care; nursing.

**RESUMEN:** Este artículo intenta describir el camino, organización y el funcionamiento de un Centro de Atención Psicossocial (CAPS). Se usa el enfoque cualitativo de la evaluación de cuarta generación, observación de campo desarrollada en 2003 y 2004, en Pelotas - RS - Brasil. Fueron cumplidas 468 horas de observación y entrevistas con equipo, usuarios y familiares. Las cuestiones que emergieron en el proceso fueron agrupadas en los siguientes núcleos temáticos: *histórico del servicio - 1992 a 2002*, comprendiendo el camino desde el principio informal de las actividades hasta el efectivo registro del servicio y la *organización del CAPS*. Se concluye enfatizando factores interiores y exteriores que contribuyen y limitan para que el servicio sustituya el hospital psiquiátrico.

**Palabras Clave:** Evaluación; salud mental, atención psicossocial; enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, atualmente, na sua vertente assistencial, é marcada pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Vários estudos comprovam a incapacidade que o hospital psiquiátrico e o modelo asilar de atenção à loucura têm de ser um espaço de tratamento e, além disso, seu mandato como espaço de exclusão aniquilam as subjetividades e geram violência<sup>1-5</sup>. Apesar das críticas e de o movimento social questionar essa for-

ma de assistência no mundo todo, ela permanece hegemônica e a sua lógica entranhada nas práticas (mesmo em instituições abertas).

As transformações propostas pelo movimento de reforma psiquiátrica tiveram maior visibilidade no Brasil a partir da década de 1980. Esse movimento foi protagonizado pelos trabalhadores de saúde mental, tendo incluído diferentes atores: usuários, famílias, políticos, donos de hospitais psiquiátricos,

<sup>I</sup>Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. E-mail: cwetzel@ibest.com.br.

<sup>II</sup>Docente da Universidade Federal de Pelotas - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia - Departamento de Enfermagem.

<sup>III</sup>Mestranda da Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

artistas, entre outros, e proporcionou várias mudanças nas políticas, na legislação e na organização da atenção em saúde mental, preconizando a necessidade de equipamentos múltiplos para atender a complexidade do sofrimento psíquico.

Entretanto, os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como tais, uma vez que o são mais em termos potenciais do que em termos efetivos, pois não lograram a substituição do sistema asilar no país. Isso não diminui a sua importância, principalmente como possibilidade concreta de superação do modelo manicomial, o que todos os movimentos anteriores não conseguiram construir.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a transformação do modelo hospitalocêntrico de atenção, substituindo-o por uma rede de atenção integral à saúde mental. As modalidades de atendimento típicas do modo psicossocial são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Ambulatórios de Saúde Mental, as ações de saúde mental na Atenção Básica e setores de tratamento de saúde mental inseridos em hospitais gerais.

Os CAPS surgem no Brasil a partir de 1986 tendo como fontes inspiradoras as estruturas de hospital-dia que surgiram na França na década de 1940; as experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, na Escócia; os Centros de Saúde Mental, nos anos 1960, nos Estados Unidos; os Centros de Saúde Mental da Itália, nos anos 1970/1980<sup>6</sup>.

Os CAPS são formalmente definidos pela Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, como unidades locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional<sup>7</sup>. A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os CAPS passem a ser definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, constituindo-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, modalidades que deverão estar capacitadas para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial<sup>7</sup>.

Esses serviços se encontram incorporados como política pública de saúde mental de referência para todo o país e se inscrevem em um contexto que pretende desenvolver novas tecnologias em saúde mental que respeitem o usuário no seu direito de cidadania e que se diferenciem do modelo manicomial excludente dominante<sup>8</sup>.

Este estudo tem como objetivo descrever a trajetória, organização e funcionamento de um CAPS do município de Pelotas - Rio Grande do Sul. Sua relevância está na possibilidade de verificar como o movimento mais amplo da Reforma Psiquiátrica tem se desdobrado em experiências concretas de transformação no campo assistência em saúde mental, como resultado de iniciativas de trabalhadores, usuários e familiares, na criação de serviços e na organização de estratégias de cuidado menos burocráticas (uma vez que a experiência relatada não partiu da iniciativa e diretrizes do município), mantendo o controle do processo de trabalho ao resolver, de modo pontual e criativo, os problemas do cotidiano.

Há necessidade de conhecer as práticas cotidianas dos CAPS visando problematizá-las, para que se possa de fato promover a superação das práticas asilares. Ao mesmo tempo em que alguns avanços foram conquistados no contexto brasileiro, este fato por si só não exclui a possibilidade de reproduções cotidianas de práticas de exclusão<sup>9</sup>.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, operacionalizado através da *avaliação de quarta geração*, desenvolvida por Guba e Lincoln<sup>10</sup>.

A *avaliação de quarta geração* propõe, como alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação responsiva baseada em referencial construtivista e que parte da realização de uma etnografia prévia no campo, incorporando as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* (usuários e vítimas do processo avaliativo) que servem de foco organizacional (a base para determinar que informação seja necessária)<sup>10</sup>. A literatura utiliza o termo em inglês *stakeholders* para designar pessoas com características comuns que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objeto da avaliação<sup>10-15</sup>.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de 2003 e 2004 e o local do estudo foi o CAPS Castelo, no município de Pelotas - RS. As técnicas utilizadas foram observação e entrevistas.

A seleção dos entrevistados foi realizada a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: equipe, usuários e familiares. Na equipe, foram inseridos os que a compunham no momento em que se iniciou a pesquisa, totalizando nove profissionais. Foram entrevistados 10 usuários, selecionados seguindo os seguintes critérios de

inclusão: que freqüentassem o serviço há mais de um ano e que tivessem boas condições de comunicação. Também foram entrevistados 10 familiares tendo como critério de inclusão a sua inserção e vínculo com o serviço.

As observações de campo foram desenvolvidas ao longo 1 ano e 2 meses e totalizaram 468 horas. Utilizou-se como forma de registro o diário de campo. Os dados apresentados são originados das observações e das entrevistas, compondo a análise aqueles que remetem à história e organização do CAPS Castelo. Outra dimensão da pesquisa, que não é objeto de análise neste artigo, incorporou o material coletado nas entrevistas, trazendo as demandas dos *stakeholders* para a avaliação, sendo essas analisadas em uma publicação posterior. As questões decorrentes da análise foram agrupadas em núcleos temáticos e a descrição do serviço foi subdividida em dois momentos: histórico do serviço – 1992 a 2002 - compreendendo a trajetória desde o início informal das atividades do serviço até o efetivo cadastramento e a organização do CAPS Castelo.

Na redação dos depoimentos, são adotadas as seguintes convenções a fim de identificar os sujeitos: entrevistado, seu nº, equipe (E1E), entrevistado, seu nº, usuários (E1U); entrevistado seu nº, familiar (E1F).

Em relação aos procedimentos éticos, o projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento, conforme especificado na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>16</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Histórico do serviço – 1992 a 2002

Pelotas é uma cidade com forte tradição hospitalocêntrica no campo da saúde mental. Por mais de 50 anos, os cuidados foram prestados quase exclusivamente por dois hospitais psiquiátricos privados conveniados ao SUS, com 200 leitos cada um, tendo um deles fechado suas portas em janeiro de 2003. Até 1992 o atendimento era realizado nesses hospitais e, paralelamente, psiquiatras e psicólogos realizavam atendimentos ambulatoriais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Havia poucas condições concretas de tensionamento da hegemonia do modelo vigente.

Os profissionais que deram início ao trabalho do Castelo - psiquiatra, assistente social, psicólogo e enfermeiro - exerciam as suas atividades em uma

UBS, no bairro Simões Lopes, desenvolvendo um projeto de saúde mental comunitário. Os denominados egressos do hospital psiquiátrico eram atendidos em grupo, dentro da Unidade e, por terem sofrido as conseqüências da institucionalização, eram pessoas isoladas, com rotinas empobrecidas, sem perspectivas.

Esse trabalho inicial não causou o resultado esperado e os usuários continuavam tendo a doença, a incapacidade e a exclusão como centrais nas suas vidas. A falta de resolubilidade levou à necessidade de ampliação da proposta e de novos espaços para a efetivação de um cuidado integral. Assim, foram realizadas visitas domiciliares a pessoas com transtorno mental da comunidade e suas famílias, tentando mobilizá-las para a criação de um serviço de saúde mental no bairro. Reuniões começaram a ser realizadas na Casa de Cultura João Simões Lopes Neto, um prédio histórico do bairro mais conhecido como Castelo<sup>17</sup>. Em novembro de 1993, foi cedido, nesse local, um espaço para a primeira oficina de criação coletiva dos portadores de sofrimento psíquico, pelo SUS, na cidade<sup>18</sup>.

A equipe realizava a oficina uma vez por semana e desenvolvia o restante da jornada na UBS, onde era realizado um trabalho dentro de um modelo preventivista, com grupos, visitas domiciliares, puericultura, entre outros. Nessa época, como em Castelo funcionavam outros departamentos, o serviço de saúde mental ocupava apenas uma das antigas salas de banho. À medida que o trabalho foi ampliado, a equipe começou a se desligar da Unidade, trabalhando de forma mais integral na proposta que surgia. Aos poucos, conseguiu negociar a utilização de outras salas de Castelo e, posteriormente, mediante um decreto municipal, o prédio foi cedido integralmente à Secretaria Municipal de Saúde para funcionamento do serviço.

O serviço sempre manteve a tradição de organização de festas, passeios, churrascos tipicamente gaúchos. A organização dos eventos colocava lado a lado usuários, profissionais e familiares:

*A gente sempre tinha festa aqui. E passeios, que a gente fazia muito. O churrasquinho que a gente fazia, os almoços saíam bem seguido. (E9U)*

A organização e busca de recursos necessários geravam um espaço muito rico de participação. O grupo se organizava em comissões, discutia nas assembléias, ocorrendo mobilização e envolvimento de todos, intensificando contatos e trocas e enriquecendo a qualidade da convivência.

Entre as festas, destaca-se o baile de aniversário de Castelo, o baile de carnaval, a festa de Natal, a festa dos aniversariantes do mês e datas comemorativas. A realização de festas é comum em instituições psiquiátricas, mas, em Castelo, elas eram *de verdade*. O sentimento de todos que delas participaram é que eram imperdíveis, e isso não tinha nada a ver com uma grande infra-estrutura. Pelo contrário, eram realizadas praticamente sem recursos financeiros, usando-se a criatividade e a capacidade de improvisação. Não eram festas para os usuários, em que a equipe era expectadora, mas uma festa para todos. Procurava-se superar aquele receio, muito enfatizado pela psiquiatria tradicional, de que é necessário manter um distanciamento para que a relação seja terapêutica. O que possibilitava a relação terapêutica, nesse caso, era a sua construção no cotidiano, em que não só o usuário era uma pessoa, mas os trabalhadores também o eram. Criavam-se identidades, fundamentais para o vínculo e a relação de ajuda.

Esses eventos constituíam-se em dispositivos capazes de favorecer uma nova abertura para as múltiplas possibilidades existenciais que habitam o homem. Ajudando a trazer à tona algo que estava encoberto pelo modo cotidiano e repetitivo das interações, colocando em xeque valores, percepções, princípios, divisões de papel, enfim, o lugar de cada pessoa no funcionamento das instituições<sup>19</sup>.

Também se institucionalizavam no serviço mecanismos voltados para a ênfase e o estímulo à participação e controle social, coerente com os princípios do SUS, sendo o principal o Conselho Gestor Local.

No Brasil, em decorrência de uma série de conflitos e jogos de interesse no campo da saúde mental, vive-se hoje o desafio, continuado e persistente, de se fazer cumprir as leis de proteção ao portador de sofrimento psíquico, o que exige uma permanente e comprometida mobilização na garantia dos direitos do cidadão<sup>20</sup>.

Nessa direção, a restituição da cidadania é um desafio amplo no país para a conquista e garantia de manutenção de direitos. No campo da saúde mental ela também é técnica, pois se torna central quando se defende a mudança de paradigma, quando se tira o foco da doença e se estende o campo de intervenções para a existência-sofrimento das pessoas.

A política de regionalização na saúde mental foi uma das ações mais estratégicas para a proposta de mudança de modelo, pois os CAPS devem ser serviços que tomam o universo pleno de seu território como clientela potencial, fazendo parte de uma rede

de atendimento psicossocial cuja existência se justifica pelo desejo e empenho de substituir, com vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatorio<sup>21</sup>. O conceito de território designa o extra-institucional, marcado por limites geográficos, culturais e socioeconômicos.

O acolhimento passou a ser instituído como a forma de acesso ao CAPS, que passou a ser centro de referência distrital em saúde mental. O encaminhamento para o hospital psiquiátrico passou a ser evitado de todas as formas e, em alguns casos agudos, a equipe articulada com a família atendia em uma espécie de internação domiciliar. Apesar disso, como o sistema não tinha (e ainda não tem atualmente) nenhum local próprio para internação, muitos casos ainda eram atendidos nos hospitais psiquiátricos da cidade, sem nenhuma articulação com as equipes de saúde mental.

O acolhimento no CAPS Castelo garantia o acesso universal, resolutivo e humanizado, confirmando a lógica do trabalho interdisciplinar, com a equipe lançando mão de toda uma tecnologia assistencial voltada para a escuta e formação do vínculo e que, no encaminhamento das intervenções terapêuticas, no encontro/relação entre o profissional e o usuário, a autonomia do usuário foi possibilitada no momento da escolha das intervenções e do contrato de cuidados<sup>21</sup>.

A estratégia de acolhimento não se resumia a uma forma de acesso. O acolhimento às demandas e necessidades dos usuários e familiares era exercitado no dia-a-dia:

*E falando também da separação brusca que teve com esse acidente de trabalho (o filho sofreu um acidente de trabalho, vindo a falecer), nos primeiros dias depois, quando ele (usuário) ia ao Castelo, eles iam até em casa e o traziam. Eu o deixava a tarde toda lá, eles (equipe) nunca me bateram a porta, vinham à minha casa. Sei que eles passam dificuldade para fazer esse trabalho técnico. (E1F)*

O trabalho realizado em Castelo foi reconhecido publicamente como modelar e, já em 2001, o Ministério da Saúde concedeu a Pelotas o prêmio David Capistrano, destacando avanços da reforma psiquiátrica no município.

Em 2002, já com seis CAPS em funcionamento na cidade, três deles, entre os quais Castelo, foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde como CAPS II.

### **Organização do CAPS Castelo**

O serviço caracteriza-se como um serviço aberto, funcionando de segunda a sexta-feira, nos tur-



nos da manhã e tarde. A equipe, no final da coleta de dados, era composta por dois psiquiatras, dois enfermeiros, três psicólogos, uma assistente social, um profissional de artes, uma professora de educação física, uma professora de música, três auxiliares de enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma educadora social (em desvio de função, atuando como recepcionista), duas funcionárias da cozinha, uma funcionária da limpeza.

As seguintes atividades são desenvolvidas no serviço: grupo de familiares, grupo de usuários e familiares, grupo de medicação (divididos de acordo com o tipo de medicação utilizada), grupo de conversação, grupo de mulheres, grupo de educação para a saúde, grupo de expressão, grupo de prevenção de recaída, oficina de pintura artística, oficina de pintura em madeira, oficinas (de fabricação em madeira, de costura, de culinária, rádio, orientação individualizada de pintura, momento cultural), visita domiciliar, assembléia, Conselho Gestor Local.

O serviço se localiza em uma casa que é patrimônio histórico da cidade, o Castelo Simões Lopes, assim distribuído: primeiro piso: recepção; sala de reuniões, na qual os grupos atuam; salão; sala de televisão; quatro banheiros; sala de costura; um ateliê; três salas para atendimento; cozinha; refeitório; sala de enfermagem; sacada; segundo piso: três salas para atividades em madeira; uma sala para depósito de materiais; um banheiro; dois terraços. Há um pátio amplo e arborizado, no qual se realizam várias atividades como jogos de vôlei, futebol e exercícios físicos ou onde, com frequência, os usuários se reúnem em uma roda de chimarrão. O espaço é adequado em termos das suas dimensões, porém, percebe-se que existe um abandono do prédio, ficando evidente para quem lá chega a necessidade de uma reforma geral: instalações elétricas e hidráulicas precárias, janelas com vidros quebrados, piso apodrecido, pintura descascando. As poucas adequações foram realizadas de modo improvisado, sem respeitar a arquitetura original de prédio histórico.

As reuniões de equipe são semanais e dividem-se em dois momentos: em um primeiro se reúnem apenas os profissionais com formação universitária - os técnicos; no segundo momento também participam os trabalhadores de nível médio - o pessoal de apoio.

A divisão entre os profissionais de nível superior universitário e o pessoal de apoio reproduz uma lógica de funcionamento de equipe bastante comum nas instituições de saúde. O pessoal com formação superior é aquele que detém um poder na delimita-

ção do processo de trabalho e essa formação lhes confere certa superioridade em relação aos trabalhadores de nível médio. Mas o pessoal de apoio não é totalmente isento de poder. Esse grupo opera no espaço denominado de autogoverno<sup>23</sup>, em que o profissional de saúde em seu trabalho, vivo instituinte, pode tanto fazer uso do que está dado quanto, em certa medida, exercer, com alguma autonomia, a transformação daquilo que está dado.

O pessoal de apoio, permanecendo fora das salas de atendimentos, espaço onde as práticas estão mais cristalizadas por uma série de técnicas e saberes instituídos, permanece em uma região em que as práticas e relações são mais abertas, em que pode exercer um grau elevado de autonomia.

Um exemplo é a recepção que, sendo a porta de entrada do serviço, tem um papel estratégico na organização do cuidado. É uma espécie de espaço de transição entre o estar dentro e estar fora do serviço, e a abertura e receptividade do profissional que lá trabalha pode ser um dos determinantes do nível de abertura do próprio serviço. A profissional que atua nesse espaço tem a possibilidade de receber e tratar bem as pessoas, de identificar um usuário ou familiar que esteja precisando de atendimento mais imediato e facilitar o seu acesso à equipe, de gerar informações para o restante da equipe que possam servir para a delimitação de estratégias de cuidado, entre outras.

A inserção dos profissionais da arte ocorreu, inicialmente, através de estágios desenvolvidos por acadêmicos do curso de artes de uma universidade local. Alguns alunos permaneceram na saúde mental depois da graduação, realizando trabalho voluntário. O reconhecimento do trabalho desenvolvido fez com que, no momento em que o grupo de voluntários reivindicou a sua contratação, trabalhadores, usuários e familiares saíssem em defesa de seu pedido. Foram contratados em regime de contrato emergencial e, posteriormente, foi realizado concurso público e as vagas foram estendidas para profissionais da área de música e educação física.

A proposta de inserção desses profissionais ainda tem limitações, como surge no seguinte relato:

*Eu acredito que a interdisciplinaridade não acontece ainda de fato. Eu vejo mais como multidisciplinar: vários saberes tentando fazer uma coisa, mas ainda não existe essa troca. O meu trabalho, eu não consigo ainda trabalhar junto com outro profissional, nem com um psiquiatra, nem com psicólogo. Tem profissional dentro do CAPS que nunca entrou na sala de artes. (E8E)*

A prática de um trabalho em equipe é algo ainda em construção na saúde em geral, pois se percebe as dificuldades de concretizá-la nos serviços. A formação profissional na área de saúde, voltada para o modelo biomédico e individualizante, faz com que os diferentes profissionais, ao se inserirem no mercado de trabalho e se depararem com a necessidade de um trabalho coletivo, em equipe, tenham inúmeras dificuldades.

## CONCLUSÃO

No grupo que deu início às atividades no CAPS Castelo, a identificação com o trabalho comunitário consiste em sua principal característica. A crítica ao hospital psiquiátrico não emergiu apenas da construção/incorporação dos referenciais teóricos da reforma, mas, também, a partir do contato, na comunidade, com o sofrimento das pessoas que passaram por essa experiência.

Essa construção mediante a prática, fundamentada nos referenciais teóricos, é rica em resultados. O fato de as coisas não estarem prontas, predeterminadas, propicia aos sujeitos um alto grau de autonomia e poder de intervenção local. Como na época não havia nenhuma ação estruturada, tudo o que foi sendo criado dava ao grupo a possibilidade de inovar, de serem pioneiros. Apesar de, nesse momento, as condições objetivas serem precárias, as condições subjetivas – motivação, coesão dos participantes... – foram fundamentais. A falta de recursos exigiu e possibilitou também um envolvimento dos usuários e familiares no funcionamento cotidiano do serviço.

Contraditoriamente, a falta de uma diretriz mais ampla no município foi estratégica para que o grupo se constituísse sujeito de transformação. Além disso, o serviço ainda não era uma referência formal dentro do sistema, tendo como responsabilidade o atendimento de uma demanda pequena e relativamente fixa de usuários que anteriormente eram atendidos na UBS.

Nesse contexto, equipe, usuários e familiares conseguiram um maior controle do processo de trabalho, resolvendo, de modo pontual e criativo, os problemas do cotidiano. As estratégias de organização do serviço foram criadas no dia-a-dia, sem muitas normas e burocracia.

O serviço foi constituído sem ser formalmente um CAPS, mas tendo, na base do trabalho, muitas das características que são preconizadas para esse tipo de unidade: trabalho em equipe, identificada com a proposta de trabalho comunitário, fora dos parâmetros

da psiquiatria tradicional; a inserção da família e comunidade na proposta; e o vínculo e o acolhimento como estratégias fundamentais no atendimento. Existe um relativo consenso em relação a essas questões entre os trabalhadores e isso propiciou, mesmo informalmente, a revelação de uma proposta clara dando direção ao trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Szasz TS. A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1984.
2. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1991.
3. Foucault M. Microfísica do Poder. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1992.
4. Foucault M. História da loucura. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1993.
5. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1999.
6. Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaço de reabilitação? J Bras Psiqu. 1994; 43:647-54.
7. Ministério da Saúde (Br). Legislação em saúde mental 1990 – 2004. 5ª ed. Brasília (DF): Secretaria Executiva; 2004.
8. Carvalho ALL, Amarante P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate. 1996; 52:74-82.
9. Kantorski LP, Souza J, Willrich J Q et al. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. R Enferm UERJ. 2006; 14:366-71.
10. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park (USA): Sage Publications; 1989.
11. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation. San Francisco (Ca): Jossey-Bass Publishers; 1988.
12. Greene JC. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: Denzin NK; Lincoln YS editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks (USA): Sage Publications; 1994. p.530-44.
13. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (USA): Sage Publications; 1985.
14. Mercier C. Participation in stakeholder-based evaluation: a case study. Evaluation and Planning. 1997; 4:467-75.
15. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park (USA): Sage Publications; 1987.
16. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.
17. Kantorski LP, Machado AT, Oliveira CA. Centro de Atenção Psicossocial: reiventando o cuidado em saúde mental. Texto & Contexto – Enfermagem. 2000; 9(1):233-43.

18. Rocha VMG. Arte, alienação e argumento. *Expressa Extensão*. 2002; 7(1):25-35.
19. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora; 2001.
20. Prandoni RFS, Padilha MICS, Spricigo JS. A reforma psiquiátrica possível e situada. *R Enferm UERJ*. 2006;14:357-65.
21. Delgado PG. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cad IPUB*. 1999; 14:199-204.
22. Coimbra VCC, Kantorski LP. O acolhimento em centro de atenção psicossocial. *R Enferm UERJ*. 2005; 13:57-62.
23. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

Recebido em: 07.05.2007  
Aprovado em: 15.12.2007