

CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAJAZEIRAS: UMA NOVA FORMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Francisca Bezerra de Oliveira¹
Maria Lucinete Fortunato²
Adriana Feitosa Nogueira M. Rocha³

A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva e secreta.

(Saint-Évremond)

RESUMO

Historicamente, a assistência psiquiátrica em Cajazeiras, como em outras cidades do país, fundamentou-se no modelo de psiquiatria clássica, com atendimento centrado na instituição asilar e na doença. Este modelo é denominado “hospitalocêntrico”. Nele, os transtornos mentais são vistos como decorrentes de disfunções de ordem biológica e a pedra angular do tratamento é o isolamento social. Diante deste contexto, desenvolvemos um projeto de extensão, respaldado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de possibilitar mudanças significativas na atenção em saúde mental por meio da criação e implementação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Cajazeiras – PB. A implantação do CAPS nesse município tem possibilitado a redução da internação psiquiátrica, a (re)construção da cidadania e a reabilitação psicossocial dos usuários.

INTRODUÇÃO

O modelo de assistência psiquiátrica “hospitalocêntrico” teve início no Brasil, em 1852, quando foi inaugurado o primeiro hospício denominado Pedro II. Esse foi o impulso inicial para que nos anos seguintes fossem abertas em todo o país diversas instituições psiquiátricas asilares. Durante um século os asilos – espaços cientificamente ordenados, como postulavam Pinel e Esquirol – se configuraram como lugares ideais para o exercício do tratamento moral baseado na ordem, na vigilância e na disciplina. Esses espaços se constituíram, praticamente, como os únicos tipos de atendimento oferecidos pelo Estado em termos de assistência aos doentes mentais.

No entanto, no final dos anos 70 do século XX, pudemos constatar críticas ao modelo “hospitalocêntrico” em diversas regiões do Brasil, feitas pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, posteriormente denominado Movimento Antimanicomial, e por vários segmentos da sociedade civil. Essas críticas se pautavam no combate à segregação dos doentes mentais, com ênfase na mudança das condições de tratamento

¹ Profa. Dra. do Centro de Formação de Professores da UFCG e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Coordenadora do Projeto.

² Profa. Dra. do Centro de Formação de Professores da UFCG e Pró-Reitora de Extensão da UFCG. Orientadora do Projeto.

³ Aluna do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Enfermagem Maria Lúcia Botelho e Bolsista PROBEX/UFPB – Vigência 2001.

asilar dispensado aos pacientes. O processo de transformação da atenção em saúde mental, iniciado na década de 70, tomou força nos anos 80 e constitui, desde então, a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um movimento social articulado a um conjunto de iniciativas operado nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural que visa a transformação da relação entre sociedade e loucura. Representa a desconstrução de saberes e formas de lidar com o doente mental e a construção de conhecimentos comprometidos com a ética, a autonomia, a liberdade dos sujeitos e o agenciamento de experiências subjetivas. Representa, sobretudo, uma nova forma de exercer a clínica. Ao invés de valorizar a relação do terapeuta com o objeto natural denominado doença, de captar a essência da natureza deformada que é a doença, busca reinventar a clínica como a construção de novas subjetividades, como possibilidade de responsabilizar-se com o sofrimento de sujeitos, através de um paradigma centrado em um cuidar humano, solidário, afetivo e na (re)construção da cidadania. Uma clínica que não seja mais uma estratégia de disciplinamento e normalização. (Amarante, 2001; Oliveira, 2002).

O projeto de lei 3.657/89, de autoria de Paulo Delgado, originalmente propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como: Hospitais-dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS E NAPS) e lares protegidos, e regulamentava a internação compulsória. Esse projeto, após ter tramitado por doze anos no Congresso Nacional e no Senado, coroou o processo de luta pela transformação da assistência psiquiátrica no país. A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu em 06 de abril de 2001.

Além do instrumento legal, tornou-se fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país a construção real e efetiva de novos espaços de atenção à saúde mental, que busquem devolver ao ser humano a possibilidade de criação genuína de sua existência. Isto é, a implementação de práticas permeadas por vínculos afetivos. Essas práticas possibilitam a construção de novas subjetividades e integram: a escuta, a solidariedade, a fragmentação e a diferença em novos contextos.

No tocante ao atendimento em saúde mental, até 2001, no município de Cajazeiras, cuja população era de 51.396 habitantes, uma grande demanda de pessoas com transtornos mentais, dispunha apenas de uma Clínica Psiquiátrica que se limitava a 20 leitos psiquiátricos financiados pelo SUS, com uma clientela restrita à migração de crises, sem ambulatorios para a continuidade terapêutica, sem apoios psicossociais. Este quadro levava os pacientes a piorarem, e serem constantemente encaminhados para internação nos hospitais psiquiátricos de Campina Grande, João Pessoa e Crato – CE, rompendo os vínculos sociais, o que é bastante problemático para o paciente e seus familiares.

Identificadas com essas problemáticas e sensíveis com as questões de saúde mental, percebemos a necessidade de desenvolver um Projeto Extensão objetivando implantar um CAPS em Cajazeiras, ancorado nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A extensão é uma das atividades através das quais a Universidade realiza os seus objetivos de produzir conhecimento e torná-lo acessível à sociedade, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida da população. Como processo cultural, educativo e científico, a prática extensionista, para levar a atuações e transformações sociais, é indissociável das atividades da pesquisa e do ensino. Daí, a importância do projeto de implantação e implementação do CAPS Cajazeiras numa perspectiva interdisciplinar, que temos realizado, em caráter permanente⁴, como atividade de extensão junto ao PROBEX/UFPB e, atualmente, junto ao PROBEX/UFCG.

⁴ Desde 2001, temos desenvolvido os seguintes projetos de extensão: “Projeto de implantação e implementação do CAPS Cajazeiras numa perspectiva interdisciplinar” (2001), que recebeu o Prêmio Elo Cidadão da UFPB no ano de 2001; Projeto “Expressão corporal: uma proposta de reabilitação Psicossocial”

O objetivo tem sido o de sistematizar ações de atenção em saúde mental, baseadas em uma nova forma de cuidar, por meio de uma pesquisa-ação interdisciplinar.

Este trabalho se justifica por sua relevância social, uma vez que vem possibilitando mudanças significativas no atendimento à saúde mental, proporcionando ao usuário: o direito real a um tratamento de qualidade, receber ajuda no seu sofrimento, na sua fragilidade e mudar a sua relação com seus familiares, diminuindo, assim, a sua estigmatização social. Além disso, estimula a formação de grupos de estudos e pesquisas interdisciplinares na área de saúde mental e em áreas afins.

A criação do CAPS Cajazeiras, experiência já testada em outras cidades do país, tem se mostrado politicamente articulada, eticamente digna e tecnicamente competente, uma vez que tem possibilitado, por meio da interdisciplinaridade: mudanças de comportamento das pessoas no município em relação aos que sofrem de transtornos mentais; redução do uso/abuso de psicotrópicos; redução de gastos públicos com internações psiquiátricas; aumento da resolutividade no nível básico de atenção à saúde em geral; e, por fim, construção da cidadania das pessoas com problemas mentais, ressignificando as suas histórias de vida.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA E DA DOENÇA MENTAL

A concepção trágica da loucura, constitutiva do Renascimento, permitiu que a loucura, apesar de inscrita no universo de diferença simbólica, fosse reconhecida como enunciadora da verdade. Já a concepção crítica, iniciada na época clássica, situou a loucura no universo da desrazão e estabeleceu articulações com o universo da marginalidade social. A partir dessa compreensão, a loucura perdeu qualquer poder de revelação e de enunciação da verdade. A visão crítica significou o momento em que a loucura foi enclausurada nas casas de internamento.

No final do século XVIII e início do século XIX, a loucura, ao ser codificada em doença mental, implicou o não-reconhecimento de qualquer verdade na sua experiência, o que veio significar um novo *status* da loucura, com a institucionalização do asilo e a codificação da loucura em doença mental. Essa trajetória prática e discursiva tem na instituição da doença mental o objeto fundador da prática e do saber psiquiátrico. De acordo com Foucault (1978, 1994a), a linguagem da psiquiatria tornou-se, no século XIX, “monólogo da razão sobre a loucura”.

Segundo Foucault (1978), foi entre os muros do hospital que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontraram os loucos, os quais lá permaneceram codificados em doentes mentais. Desde o século XVII, o mundo da loucura ficou ligado ao mundo da exclusão, estabeleceu um elo com o processo de internamento e com o gesto que lhe designava esse espaço como seu local natural. Pinel foi decisivo para a consolidação desse processo. Considerado um dos fundadores da clínica médica, ao assumir em 1793 a direção de Bicêtre, mandou desacorrentar os loucos e reservou um espaço específico para eles. Ao aglutinar os loucos no mesmo espaço, permitiu-se a observação sistemática da loucura pelo saber médico, e assim nascia a clínica psiquiátrica. Com Pinel, na França, e Tuke, na Inglaterra – e posteriormente Esquirol, o último, considerado um dos maiores teóricos dessa primeira escola psiquiátrica - o alienismo - a loucura passou a receber definitivamente o estatuto de alienação mental.

No registro individual, o hospital apresentou-se como um dos espaços privilegiados de atuação da medicina mental. O hospital geral não era, em sua origem uma instituição

(2002) e Projeto “Leitura de textos: histórias de vida” (2004). A equipe extensionista é composta por uma enfermeira, uma psicóloga, um terapeuta corporal, uma pedagoga e duas historiadoras.

médica, mas um estabelecimento que se ocupava ao mesmo tempo do acolhimento e reclusão dos desafortunados e abandonados pela sorte divina. Foucault, em *O nascimento da clínica* (Foucault, 1994b), postula que o hospital, paulatinamente, tornou-se um lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico. O hospital tornou-se o “*a priori*” da medicina.

O *alienismo* baseia-se no entendimento da loucura como alienação mental. A alienação não significa ausência total de razão, mas somente contradição na razão. Portanto, segundo Pinel, aquele em cuja razão existe tal contradição é um alienado, o que o torna incapaz de julgar, de escolher, de ser livre e cidadão. A consequência prático-teórica da tradição alienista foi de dirigir a atenção para os sinais e sintomas da loucura; a racionalidade assim conquistada consistia em agrupar, segundo sua ordem natural, as manifestações da doença, ou seja, este tipo de racionalidade se esgota em constituir nosografias.

O asilo era por excelência o lugar do tratamento moral; era antes de tudo, a ordem da moralidade reduzida a esquemas de leis, obrigações e constringências. “A partir desse princípio, o paradigma da internação irá dominar, por um século e meio, toda a medicina mental” (Castel, 1978, p. 86).

No Brasil, até meados do século XX, o internamento tornou-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura. O alienado passou a ser tutelado, administrado e submetido ao tratamento moral.

No final do século XIX, a situação dos asilos é de tal modo dramático, que começam a surgir críticas à instituição asilar em alguns países da Europa Ocidental. A função puramente disciplinar do asilo e o abandono de suas funções terapêuticas passam a ser denunciadas. Essas denúncias só encontram ressonância após a II Guerra Mundial, quando novos problemas são colocados para o conjunto da sociedade, através principalmente dos movimentos psiquiátricos da Europa e dos Estados Unidos.

SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Os movimentos psiquiátricos ocorridos na Europa e nos Estados Unidos repercutiram de alguma forma na assistência psiquiátrica brasileira. Timidamente surgiram experiências de comunidades terapêuticas, centros de saúde, hospitais-dia e outras modalidades de atenção. Em particular, o movimento de desinstitucionalização italiano tem contribuído significativamente para subsidiar as discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica, especialmente no final dos anos 80, ou seja, para a constituição de um novo cenário de saúde mental no Brasil.

No entanto, a história da assistência psiquiátrica no Brasil mostra uma tendência a repetir a mesma posição: a exclusão do louco em espaços de internação devido a sua periculosidade social. Como nos países da Europa Ocidental, no Brasil, pobreza e marginalidade para a ordem constituída foram inicialmente os princípios inspiradores da construção de instituições psiquiátricas. A construção dos hospícios deveria não só preservar a ordem social, mas também evitar que os efeitos da desordem se irradiassem para todo o tecido social.

Do século XIX até meados do século XX, no Brasil a idéia preponderante era de que a “cura” estava associada ao isolamento do louco no próprio hospício. A “cura” sempre esteve vinculada à idéia de um indivíduo que voltaria a ser útil e dócil.

Este rápido olhar histórico sobre a psiquiatria no Brasil, mostra uma dimensão de como os loucos foram (e continuam) a ser “tratados” em muitos hospitais psiquiátricos,

como um “ser menor”, excluídos, segregados do tecido social. A reforma psiquiátrica procura dar uma feição diferente à compreensão da loucura e do cuidar em saúde mental.

A reforma psiquiátrica tem sido compreendida como um processo em construção. No Brasil, ela surge, mais concretamente, nos últimos anos da década de 70. Fundada na crítica das políticas oficiais no campo da saúde mental e na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, este movimento tem como estratégia de ação a superação e transformação do paradigma psiquiátrico.

A partir do final dos anos 70 e início dos anos 80, um dos principais atores sociais do processo de construção da reforma psiquiátrica entrou em cena: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental⁵ que formulou críticas ao paradigma psiquiátrico manicomial.

Em 1987, com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Baurú - SP, foi lançado o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, e estabeleceu-se uma nova ordem na relação da loucura com a sociedade e mudança nas práticas profissionais. Nesse evento foi institucionalizado o dia 18 de maio como o dia nacional de Luta Antimanicomial. Ancorado no projeto de transformação institucional italiano, o Movimento Antimanicomial, anteriormente denominado Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, indicou a desinstitucionalização como conceito básico determinante da reorganização do sistema de serviços e das ações de saúde mental. A desinstitucionalização é entendida como desconstrução do paradigma asilar e, ao mesmo tempo, como invenção de novas possibilidades de atendimento, indo de encontro a toda política de abandono, de desassistência, de desospitalização e de sucateamento dos serviços públicos (Oliveira, 2000, 2002).

No campo oficial, em 1990, realizou-se em Caracas a Conferência Regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica que resultou em documento estimulador para o processo de transformação do modelo de atenção em saúde mental na América Latina e em particular, no Brasil. É nuclear na Declaração de Caracas (1991), como ficou conhecida, a crítica explícita ao papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, definindo-se que a reestruturação da assistência na região está ancorada na substituição desta modalidade de atendimento. Coloca-se também a necessidade de se garantir “o respeito aos direitos civis e políticos da pessoa com sofrimento mental”

Outro aspecto importante para a concretização da reforma psiquiátrica tem sido o processo de municipalização das ações de saúde, em curso em alguns municípios do país. A municipalização fortalece os serviços na medida em que possibilita a participação ativa da comunidade, oferece uma compreensão mais sensível dos problemas dos diferentes setores da população, constituindo uma condição ótima para a elaboração de estratégias de ações de saúde que ultrapassam o específico e atingem os temas fundamentais da vida.

Com base no exposto, no Brasil, estão em processo de construção várias experiências no campo da saúde mental. Estão sendo implantados serviços tipo hospitais-dia, CAPS e NAPS nas mais diversas regiões do país, desde o sertão do Ceará até a Região Sudeste. São experiências diversas, ricas e complexas, relacionadas às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões do Brasil e determinam práticas singulares.

Portanto, movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial é o ator privilegiado na formatação de projetos voltados para a criação de novas formas de atenção e de novas possibilidades de produção de subjetividades, embora isto não seja uma realidade em todo país.

⁵Para um aprofundamento histórico-conceitual desse movimento, vide AMARANTE, P. (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. op. cit., p. 57-134.

É nesta perspectiva que criamos e implementamos o CAPS Cajazeiras como projeto permanente buscando a reabilitação psicossocial do usuário.

A reabilitação psicossocial é compreendida como uma concepção e não como uma técnica. É um processo que aumenta a capacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, na rede social e no trabalho. A reabilitação trabalha com o olhar voltado para o sujeito e não para a doença, trabalha com o sofrimento, a fragilidade e não com a incapacidade, busca a produção de novas subjetividades e não a “cura”. (Saraceno et. al., 1994)

No âmbito da discussão do conceito de Reabilitação Psicossocial, a interdisciplinaridade assume um papel fundamental, na medida em que nela convergem conhecimentos especializados com vistas para a construção de um texto único escrito a várias mãos e para a compreensão da complexidade do real, possibilitando o exercício de novas práticas em saúde mental, numa perspectiva ético-estética e multidimensional.

Trabalhar com a concepção de reabilitação psicossocial no campo da saúde mental e/ou psiquiátrica possibilita a desconstrução de práticas silenciadoras e a reconstrução de práticas voltadas para as reais necessidades do sujeito com transtorno mental.

É necessário fecundar a idéia de que as teorias são importantes e devem dialogar entre si, mas em saúde mental o problema mais importante é a “pessoa que sofre”. Quando se tem essa compreensão, pode-se, então, usar várias linguagens, inventar novos vocabulários, criar novas práticas subjetivas e compreender o paciente num sentido multidimensional como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem (Costa, 1996). Deve-se, portanto, pensar em sua singularidade, seu desejo, sua verdade, numa perspectiva ética de (re)construção de cidadania.

Neste sentido, buscamos a invenção de uma nova realidade e de uma nova prática terapêutica, tendo como base: a comunicação, a afetividade, a sociabilidade, a compreensão, a atenção e a escuta. Só assim, julgamos ser possível a construção de vínculos terapêuticos entre o “sujeito que sofre” e os profissionais, e de ações criativas e solidárias.

É necessário fecundar a idéia de que em saúde mental o problema mais importante é a “pessoa que sofre”. Quando se tem essa compreensão, pode-se, então, usar várias linguagens, inventar novos vocabulários, criar novas práticas subjetivas e compreender o paciente num sentido multidimensional como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem (Costa, 1996). Deve-se, portanto, pensar em sua singularidade, seu desejo, sua verdade, numa perspectiva ética de (re)construção de cidadania.

CAPS CAJAZEIRAS: UM ESPAÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O trabalho de extensão que estamos realizando no CAPS Cajazeiras se pauta na pesquisa-ação e é interdisciplinar. Envolve historiadores (professores e alunos bolsistas do CFP/UFCG) e profissionais da área de saúde, especificamente da área de saúde mental (professores e alunos da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras CFP/UFCG, psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros etc.), e utiliza-se de multi-métodos (pesquisa documental, prática da observação participante, questionários, entrevistas semi-estruturadas, oficinas, etc.).

A pesquisa-ação, conforme destaca Thiollent (1986), é um tipo de pesquisa social, com base empírica, que se realiza em associação com uma ação, ou com a resolução de um problema social. Neste sentido, enquanto pesquisadores e extensionistas estamos envolvidos com os participantes representativos da situação, de modo cooperativo e participativo.

A nossa opção pela pesquisa-ação deve-se à natureza do problema que nos propomos a investigar, o qual nos remete: à análise e aprofundamento teórico-metodológico das questões relacionadas à saúde mental; à apreensão quanti-qualitativa dos perfis epidemiológicos e dos problemas em saúde mental do município, bem como à busca por uma solução para estes problemas.

As atividades extensionistas do projeto *Implantação e implementação do CAPS – Cajazeiras numa perspectiva interdisciplinar* foram iniciadas em 2001, por meio de encontros semanais da equipe para planejamento de atividades e realização de leituras e discussões teóricas sobre a reforma psiquiátrica e as novas formas de cuidar em saúde mental.

Além das discussões teórico-metodológicas, foram planejadas e realizadas as atividades necessárias para a elaboração e execução do projeto, o qual foi encaminhado ao Ministério da Saúde em julho de 2001.

A partir desse encaminhamento foi feito o levantamento de dados do perfil epidemiológico de Cajazeiras e constituída a equipe interdisciplinar necessária ao pleno funcionamento do serviço.

A pesquisa do perfil epidemiológico da cidade de Cajazeiras – PB foi realizada por meio de coleta de dados nos arquivos da Clínica Psicológica e Psiquiátrica Santa Helena – em Cajazeiras. Foram pesquisados os arquivos dos dois últimos anos. Nesse mesmo período foram realizados cursos, palestras e conferências para a capacitação dos profissionais e da equipe extensionista.

A necessidade da interdisciplinaridade no campo da saúde mental decorre do fato que a doença mental não é um fenômeno homogêneo, simples, mas complexo, multidimensional, decorrente de eventos biológicos, culturais, psicológicos, sociais, políticos e econômicos. Sendo assim, “as formas de acesso ao ‘sofrimento-existência’ devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas a cabo por diferentes profissionais e seus diferentes “olhares”” (Oliveira, 2002, p. 178).

A *I Conferência Intermunicipal de Saúde Mental* foi realizada nos dias 03 e 04 de outubro de 2001, no CEFET Cajazeiras, sob o tema “Saúde Mental, Ética e Cidadania”. A referida conferência foi organizada pela equipe do projeto e pela Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras. Contou com participantes diversificados (médicos, psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, historiadores, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, diversas entidades, lideranças do “Alto Sertão”, pessoas da sociedade, políticos da região e da capital paraibana, entre outros). O CAPS Cajazeiras – PB foi inaugurado em 04 de outubro de 2001, como atividade de encerramento da referida Conferência.

Apesar das resistências iniciais ao CAPS, por parte de alguns segmentos da população, bem como de alguns familiares e usuários, devido à concepção ainda predominante no imaginário social de que o “louco” é um ser perigoso que precisa ser internado e isolado, a divulgação do serviço, feita pela equipe profissional interdisciplinar⁶, nos meios de comunicação - programas de rádio, esclarecimentos por telefone – e por meio de visitas domiciliares e nas escolas, contribuiu para dar legitimidade ao CAPS e sensibilizar a comunidade para a importância dessa nova forma de atenção em saúde mental. Os profissionais do CAPS e a equipe extensionista ao polemizarem as diferentes formas de compreensão da loucura, ao tematizarem a questão da exclusão social,

⁶A Implantação e Implementação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras – PB. Iniciou-se com uma equipe interdisciplinar formada por: 1 Psiquiatra; 2 Psicólogas; 1 Assistente social; 1 Terapeuta ocupacional; 1 Terapeuta Corporal; 1 Técnica em Enfermagem; 1 Enfermeira; 1 Recepcionista; 2 Monitores; 2 Auxiliares de serviços gerais e 1 Cozinheira.

viabilizam mudanças no papel por eles desempenhado, na medida em que buscam “construir alianças e a necessária tolerância para que a sociedade possa dar continência à diversidade e desmistificar o ‘olhar’ que vê no diferente, a ameaça” (Oliveira, 2002, p. 118).

Dessa forma, o serviço passou a ser desenvolvido, contando, sistematicamente, com atividades terapêuticas grupais/individuais, recreativas, ressocializantes e visitas domiciliares aos familiares e usuários do serviço.

Em 2002, realizamos o Projeto *Expressão corporal: uma proposta de reabilitação psicossocial*, com o objetivo de estimular a consciência e a expressão corporal dos usuários do CAPS - Cajazeiras, buscando melhorar a organização estrutural do corpo, a postura, a autopercepção, a auto-estima, e contribuindo para o processo de reabilitação psicossocial.

Este Projeto de Expressão Corporal foi desenvolvido a partir da realização de atividades grupais abertas, com duração de 50 minutos e com a participação de no máximo quinze usuários, em cada sessão. Essa atividade compôs-se de automassagem, exercícios de alongamento, troca de massagem ou estimulação ao toque, encerrando sempre com um relaxamento. O fundamento, ou seja, o “material” mais concreto era o corpo de cada participante do grupo.

Essa modalidade de atenção, de acordo com as falas dos próprios usuários, possibilitou aos participantes: leveza, relaxamento, conforto, confiança, redução da ansiedade, agenciamento de experiências subjetivas, trocas sociais, criação de vínculos afetivos e equilíbrio de sensações: como sono, tensões e bem estar.

Em 2004, a partir de inquietações a respeito do não acesso à leitura e ao conhecimento dos gêneros textuais por parte de pessoas com transtornos mentais que são atendidas no CAPS, passamos a desenvolver o Projeto *Leitura de textos: histórias de vida*. O nosso objetivo é o de trabalhar, a partir do universo textual, o prazer da leitura, o conhecimento dos gêneros textuais, a história de vida dos usuários do CAPS – Cajazeiras e o processo de reabilitação psicossocial, proporcionando o conhecimento e o enriquecimento do universo cultural.

Esse projeto se justifica como forma de ampliar as possibilidades de oficinas terapêuticas oferecidas no CAPS de Cajazeiras e a sua relevância está no fato de que, à medida que o processo de letramento está sendo sistematizado no cotidiano dessas pessoas, maiores são as chances de reabilitação psicossocial.

A metodologia que vem sendo utilizada nas oficinas é a leitura oral compartilhada, com 25 usuários intensivos e semi-intensivos, uma vez por semana, com duração de 50 minutos. Selecionamos um gênero textual para cada oficina e indagamos aos participantes se conhecem os autores, a fonte, o gênero e as características. Posteriormente, lemos em voz alta e em seguida, os usuários expressam suas idéias e entendimentos através de produção de textos: orais, escritos, colagens e desenhos de forma individual e coletiva.

Percebemos que as narrativas apresentadas nos textos, e conseqüentemente refletidas no e pelo grupo, têm estimulado nos participantes a (re)construção de estruturas imaginárias. Ouvir e refletir "uma história" significa divertir-se com ela, captar a mensagem e o imaginário que nela estão implícitos.

Concordamos com Breves Filho quando afirma que:

Desde que o ser humano nasce e toma contato com a realidade, por meio de sentidos, começa a fazer uma leitura da vida. A leitura adquire um conceito bem amplo - o de conhecimento, interpretação e decifração do código/enigma que é o mundo. A leitura do mundo - parafraseando Freire - precede sempre a leitura da palavra e o objetivo primordial desta implica a compreensão melhor do mundo (Breves Filho, 1996, p. 81)

Portanto, a atividade de leitura, de diversos gêneros textuais, principalmente, os literários, tais como: contos, fábulas, crônicas, histórias infantis, poesias e cordéis, proporciona aos sujeitos participantes melhora na autopercepção e na auto-estima, estimulando os vínculos afetivos e a convivências em grupo. Os textos, enquanto unidades comunicativas, manifestam diferentes intenções: informar, convencer, seduzir, entreter, emocionar, apreciar, arrepiar etc.

CONCLUSÃO

Apesar das resistências iniciais em relação ao CAPS de Cajazeiras, por parte de alguns segmentos da população, de alguns familiares e de usuários, podemos afirmar que a implantação e implementação desse serviço, objeto maior deste projeto de Extensão, têm possibilitado, por meio dos projetos de extensão que temos desenvolvido junto a este espaço de atenção em saúde mental, bem como da eficiência da equipe profissional, a melhoria da qualidade de vida do “doente mental” e a redução de internações psiquiátricas, privilegiando, dessa forma, a permanência do usuário junto à família e à comunidade e superando gradativamente a estigmatização social por ele sofrida.

Os resultados preliminares das oficinas de *Leitura de textos: histórias de vida* indicam que esta atividade estimula a fantasia, a sensibilidade, a criatividade, a curiosidade, as trocas sociais, a identificação com os personagens e as situações das narrativas sugeridas nos textos.

Ao serem estimulados para o hábito da leitura os usuários do CAPS desenvolvem diversas habilidades e competências, demonstrando terem plenas possibilidades de participação, comunicação, compreensão, espontaneidade e integração.

Enfim, os projetos de extensão que temos desenvolvido junto ao CAPS Cajazeiras procuram funcionar como “catalisadores da construção de territórios existenciais, ou de ‘mundos’ nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar seu cotidiano” (Rauter, 2000, p. 271). Esses projetos buscam funcionar, portanto, como processo de (re)criação da vida, de produção de vida alegre e de reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS:

- AMARANTE, Paulo. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e a reforma psiquiátrica. In: Quinet, Antonio (org.). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- BREVES FILHO, J. de S. **Pelos túneis do texto: tecendo uma proposta de leitura**. Imperatriz, MA: Ética, 1996.
- CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alieneismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COSTA, Jurandi Freire. Apresentação. In: GOLDEBERG, Jairo. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tecorá/Instituto Franco Baságli, 1996.
- FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994a.
- _____. **O nascimento da Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994b
- _____. **História da loucura**. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2002.

_____. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, Maria Salete Bessa et. al. **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaración de Caracas: Conferência de Reestruturación de la Atención Psiquiátrica en la Región. Caracas, nov., 1990.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SARACENO, Benedetto et. al. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

THILLEN, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 3. ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1986.

ENDEREÇOS DAS AUTORAS:**Francisca Bezerra de Oliveira**

Rua João Coleta – 25 – apt. 04 / Casas Populares – Cajazeiras PB. CEP: 58.900-000

Telefones: (83) 531-2570 (83) 9985-4405

e-mail: oliveirafb@uol.com.br

Maria Lucinete Fortunato

Rua Antonio Bezerra Paz – 80 –Bloco C –Apt. 103 / Bodocongó – Campina Grande – PB
CEP: 58.109-230

Telefones: (83) 333-1330 (83) 9971-6943

e-mail: mlucinete@uol.com.br