

SIMONE DE OLIVEIRA FRANCO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO DE CASO

Florianópolis, fevereiro de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Simone de Oliveira Franco

Orientadora: Dra. Elza Berger Salema Coelho

Florianópolis, fevereiro de 2005.

Dedico este trabalho a toda minha família que sempre acreditou em mim e esteve torcendo, à distância, pela realização dos meus desafios e especialmente ao Carlos Patrício, que, ao meu lado, motivou-me em cada etapa desta empreitada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me iluminado com coragem, sabedoria e paciência para vencer mais uma etapa de aprendizagem em minha vida.

Aos meus pais, Jandira e Paulo, pela importância que ambos têm para mim.

Ao Carlos Patrício, que sempre me incentivou e tentou compreender minhas ausências.

À Professora Doutora Elza Berger Salema Coelho, por ter aceitado este desafio, pelo apoio e dedicação dispensados em nossos encontros e por ter sabiamente me orientado em cada passo na construção conjunta deste trabalho.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Palhoça/SC, Prof. Dr. Alcides Milton da Silva, pela autorização da pesquisa no respectivo município e serviço de saúde.

Aos entrevistados, profissionais do CAPS II de Palhoça, que concordaram com a realização da pesquisa em seus espaços de trabalho e participaram das entrevistas com opiniões honestas e valiosas para o desenvolvimento do estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação, coordenadores, professores, funcionários e colegas do mestrado, pelo acolhimento.

RESUMO

FRANCO, Simone de Oliveira. **Centro de Atenção Psicossocial**: um estudo de caso. 2005. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Este estudo investigou a implementação da Reforma Psiquiátrica num município da região metropolitana da Grande Florianópolis a partir da estruturação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A verificação prévia de que se tratava de um serviço em implantação, permitiu supor o cumprimento das normas do Ministério da Saúde. O conhecimento de um CAPS no município de Palhoça/SC, com população na faixa de 100 mil habitantes, possibilitaria a obtenção de subsídios para o acompanhamento desse e de outros serviços com características semelhantes em todo o país. O trabalho teve como objetivos: identificar a estrutura física, de recursos humanos e financeiros; descrever as atividades realizadas pelos profissionais e como se estrutura a equipe técnica; relacionar sua organização com as normas estabelecidas na Portaria MS/GM nº 336/02; verificar o conhecimento dos profissionais acerca de temas como reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, serviços substitutivos, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial e fornecer subsídios à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Desenvolveu-se, então, um estudo de caso, sendo os sujeitos da pesquisa, profissionais de nível superior do serviço e um representante do gestor de saúde municipal. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas e investigação documental e a análise dos dados foi qualitativa. Por ser um serviço em fase de consolidação, apresentou incoerências entre a regulamentação do Ministério da Saúde e seu perfil atual. A insuficiência do processo de referência e contra-referência indicou a necessidade do conhecimento da proposta de Reforma Psiquiátrica por parte dos profissionais da SMS. Os temas investigados foram relacionados aos direitos dos usuários e à cidadania, sendo considerados similares, e a proposta de Reforma Psiquiátrica foi reconhecida como uma mudança assistencial que prioriza o cuidado aos portadores de sofrimento mental em serviços substitutivos, em oposição ao modelo hospitalocêntrico, da década de 1980. Constatou-se que as dificuldades são inerentes ao processo de consolidação dos serviços substitutivos, que devem receber apoio das três esferas de governo, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A continuidade de uma política de saúde mental, coerente com os princípios do SUS e dos direitos humanos, é fundamental para que novas conquistas, como a implantação desse CAPS, sejam alcançadas e mantidas, a fim de contribuir para a mudança cultural e assistencial na comunidade e garantir a assistência aos portadores de sofrimento mental que merecem ser cuidados e respeitados como cidadãos.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Serviços Substitutivos.

ABSTRACT

FRANCO, Simone de Oliveira. Psychosocial Attention Center: a case study. 2005. pp 111. Master in Public Health Dissertation, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

This study researched the implementation of a Psychiatric Reform, in a district of a metropolitan region in Florianópolis city, from the rebuilding of the Psychosocial Attention Center (PAC). The previous checking which was related to an implementation service, allowed to suppose the accomplishment of the Health Ministry rules. The knowledge of a PAC, in the district of Palhoça/SC, with a population of 100 thousand inhabitants - would enable the achievement of subsidies to lead along this Center and another service with similar characteristics in all country. This paper had as objectives: to identify the physical structure of human and financial resources; to describe the activities done by the professionals and how the technical team was structured; to relate its organization and the rules established according to the decree MS/GM nº 336/02; to verify the professionals' knowledge about the psychiatric reform theme, desinstitutionalization, substitute services, psychosocial attention and psychosocial rehabilitation and to supply subsidies to the Municipal Health Secretary (MHS). It was developed then, a case study, with professionals majored in the area and a representative from the municipal health management. It was taken semi-structured interviews and documental investigation and the data analysis was qualitative. As a consolidation phase service it presents some incoherence between the regulations from the Health Ministry and its current profile. The insufficient process reference and contra-reference indicated the need of knowing the Psychiatric Reform by the professionals at MHS. The themes researched were related to the user's rights and citizenship, these were considered similar, and the Psychiatric Reform was recognized as an assisting change which is the priority of caring the bearer of mental illness in substitutive services, in opposition of a "hospital-center" model, from 1980 decade. It was noticed that the difficulties are from the substitutive services consolidation process that have to obtain support from the three govern spheres, as shown by the "Sistema Único de Saúde" (SUS). The continuity of a mental health policy, coherent with the SUS' principles and the human rights, is fundamental to the new achievement, as PAC's implementation should be achieved and maintained in order to contribute to cultural and assisting change in the community and to guarantee the assistance to the bearer of mental suffering that deserve to be cared and respected as citizens.

Key-words: Psychosocial Attention Center, Psychiatric Reform, Mental Health, Substitutive services

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	11
2.2 SOBRE A LEGISLAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	15
2.3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	18
2.4 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	21
2.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	23
2.6 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	27
2.7 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	29
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	33
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	34
3.3.1 QUESTÕES ÉTICAS	34
3.4 COLETA DE DADOS	35
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	36
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
4.1 CATEGORIA GERAL I – O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	38
4.1.1 CATEGORIA ESPECÍFICA: IMPLANTAÇÃO DO CAPS.....	38
4.1.2 CATEGORIA ESPECÍFICA: EQUIPE TÉCNICA.....	40
4.1.3 CATEGORIA ESPECÍFICA: ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA	42
4.1.4 CATEGORIA ESPECÍFICA: ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL	45
4.1.5 CATEGORIA ESPECÍFICA: O CAPS NO CONTEXTO DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL	58
4.2 CATEGORIA GERAL II – CONCEPÇÕES NORTEADORAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	61
4.2.1 CATEGORIA ESPECÍFICA: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	62
4.2.2 CATEGORIA ESPECÍFICA: SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	66
4.2.3 CATEGORIA ESPECÍFICA: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	70
4.2.4 CATEGORIA ESPECÍFICA: REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	71
4.3 CATEGORIA GERAL III - REFORMA PSIQUIÁTRICA	75
5 ANÁLISE FINAL - O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	82
6 CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES.....	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES.....	96
ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

Este estudo investigou o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, em Palhoça/SC, a partir da estruturação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal.

Sabe-se que

o processo de Reforma Psiquiátrica tem como um de seus eixos principais a reestruturação da assistência, superando o modelo asilar e construindo novas possibilidades de assistência inteiramente substitutivas a ele. Mas além desta reestruturação, deve-se pôr em pauta, como um dos objetivos mais caros do processo de Reforma Psiquiátrica, um eixo de construção de outras formas de lidar com a loucura, dentro das sociedades (PEREIRA, 1997, p. 336).

Nesse sentido, para que se recordasse a realidade que motivou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, no segundo capítulo, relativo ao referencial teórico, foi apresentado um breve retrospecto do período considerado como marco da assistência psiquiátrica em nosso país, para posteriormente, retomar ao tema a partir do final do século passado, época em que se intensificaram as discussões e as mobilizações em busca de mudanças efetivas nos campos: “epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural” (AMARANTE, 2003, p. 45-650).

Ainda, para fins de fundamentação teórica, foram delineados outros tópicos considerados importantes no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quais sejam: legislação específica, desinstitucionalização, serviços substitutivos, centro de atenção psicossocial, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial. Esses tópicos foram desenvolvidos separadamente, embora se entenda que estão inter-relacionados nos campos conceitual e prático e no processo de toda a Reforma.

A opção por trabalhar com esses temas foi decorrente de se ter constatado na literatura e em atividade profissional, a relevância que eles exercem desde a concepção inicial da Reforma Psiquiátrica até as mais recentes propostas de assistência substitutivas ao modelo asilar.

No decorrer do percurso teórico, pôde ser verificado que uma das características da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a participação de profissionais de Saúde Mental em movimentos sociais, como gestores ou ainda, principalmente, como trabalhadores (técnicos) nos serviços substitutivos. De acordo com Oliveira (2000, p. 57), “técnico aqui se refere a todo profissional de nível superior, integrante das equipes de saúde, tendo em vista a contribuição específica de sua especialidade ao conjunto do tratamento proposto”.

Particularmente, os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

constituem uma parcela significativa dos atores envolvidos neste processo, por estarem em contato direto com portadores de sofrimento mental e com a implementação da política de saúde mental local, que são razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões. Independente da intensidade de engajamento e do compromisso político, esses profissionais estão na linha de frente, como partícipes de um cenário novo que desde seu início vem sofrendo formulações e reformulações nos diversos campos, técnico, assistencial, epistemológico, político, jurídico, social e cultural. Tais motivos contribuem para evidenciar que os profissionais de saúde mental são indivíduos influentes na prática da Reforma Psiquiátrica local e que o relato de suas experiências pode indicar como esse processo se desenvolve no dia-a-dia.

Como profissional da área de saúde mental e particularmente como Coordenadora Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais, durante o período de novembro de 2000 a janeiro de 2003, tive a oportunidade de acompanhar na prática cotidiana a realidade da implementação da Política Nacional de Saúde Mental por intermédio do trabalho desenvolvido nesta área pelo setor público do respectivo Estado¹ e de seus principais municípios.

Ao constatar que o Estado de Santa Catarina tem participado da execução desta Política Nacional de Saúde Mental, tendo buscado desenvolver a assistência baseada em suas diretrizes, esta pesquisa teve como propósito aprofundar o conhecimento sobre a implementação da Reforma Psiquiátrica em um município da região metropolitana da Grande Florianópolis, considerando a literatura pertinente ao assunto para fins de subsídio teórico e análise dos dados colhidos em campo.

As inquietações foram:

- O CAPS funciona de acordo com o previsto na legislação ministerial no que diz respeito à equipe técnica e à organização assistencial?
- O serviço possui algum tipo de controle com relação às possíveis internações de pacientes?
- Qual o conhecimento que esses profissionais possuem sobre reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, serviços substitutivos, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial?

A escolha do município se deu em função da verificação prévia de que a implantação do

¹ Minas Gerais, meu Estado de origem.

serviço de saúde mental, CAPS II, ocorrida no ano de 2002², indicava que se tratava de um serviço novo, o que permitiu supor que pretendia atender às normas do Ministério da Saúde. Além disso, possuía população em torno de 100 mil habitantes³ e estava situado numa região de confluência entre vários outros municípios vizinhos a Florianópolis.

Pelas razões apresentadas, foi definida a pesquisa para a Dissertação do Mestrado em Saúde Pública a respeito da implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Palhoça/SC a partir da estruturação do Centro de Atenção Psicossocial. Com a finalidade de contribuir para os avanços das políticas nacional, estadual e local de saúde mental, o conhecimento da realidade de um CAPS recém-implantado, num município com população na faixa de 100 mil habitantes, possibilitará, conseqüentemente, a obtenção de subsídios para o acompanhamento desse estabelecimento de saúde e de outros com características semelhantes em fase de implantação e/ou consolidação em todo o país.

Assim, o intuito da presente investigação foi contribuir para a produção de um saber comprometido com a prática das políticas de saúde pública, tendo como campo específico a implementação da política de saúde mental no município de Palhoça/SC.

A pesquisa teve como objetivos:

- identificar a estrutura física, de recursos humanos e financeiros disponibilizados para o funcionamento do CAPS;
- descrever as atividades realizadas pelos profissionais do CAPS e como se estrutura a equipe técnica;
- relacionar a organização do CAPS com as normas estabelecidas na Portaria MS/GM nº 336/02;
- verificar o conhecimento que os profissionais de saúde mental lotados no CAPS têm acerca de:
 - a) Reforma Psiquiátrica;
 - b) Desinstitucionalização;
 - c) Serviços Substitutivos;
 - d) Atenção Psicossocial;
 - e) Reabilitação Psicossocial.
- fornecer subsídios à Secretaria Municipal de Saúde do município de Palhoça/SC.

² Ano da publicação da Portaria MS/GM Nº 336/02, referente à atualização das normas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e ainda período de credenciamento de novos CAPS.

³ O Brasil e o Estado de Santa Catarina possuem um número expressivo de municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes, para os quais a referida Portaria, citada em nota anterior, prevê a instalação de CAPS.

No terceiro capítulo, apresentou-se a metodologia da pesquisa na qual se desenvolveu um estudo de caso, tendo como participantes 5 profissionais de nível superior do CAPS (1 assistente social, 1 enfermeira, 1 pedagoga, 1 psicóloga e 1 psiquiatra) e um representante do gestor de saúde do município⁴. Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e investigação documental. E para a análise dos dados foi adotada uma abordagem qualitativa, segundo Minayo (2000, p. 234-236), que seguiu os respectivos passos operacionais: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

No quarto capítulo, referente aos resultados e discussão, houve a apresentação das três categorias gerais: Centro de Atenção Psicossocial, Concepções Norteadoras da Reforma Psiquiátrica e Reforma Psiquiátrica, realizando-se a discussão, concomitantemente, à luz do referencial teórico proposto.

O quinto capítulo foi destinado à análise final com o tema Centro de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Finalmente, o sexto capítulo foi dedicado às considerações e sugestões.

⁴ Responsável pela Gerência de Programas de Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira ocorreu em 1852 com a inauguração do primeiro hospício, o Pedro II⁵, no Rio de Janeiro. A partir daí, vários fatos contribuíram para que o modelo de assistência aos portadores de sofrimento mental fosse centralizado no hospital.

De acordo com Resende (2001, p. 18), as condições que produziram a emergência do louco como problema social, trazendo consigo a necessidade de instituições para controlar este indivíduo no Brasil do século XIX e na Europa no século XVI, foram muito similares entre si, guardadas as peculiaridades locais e a defasagem no tempo.

Em ambos os casos, o doente mental, que pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve esta liberdade cerceada e seu seqüestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2001, p. 29).

Nesse contexto, o tema central que norteava a história da assistência ao portador de sofrimento mental, o “doente mental”, era a exclusão, em todos os sentidos possíveis e imaginados, social e de liberdade dos direitos de ir e vir como qualquer cidadão. A proliferação de instituições manicomiais reforçou ainda mais essa exclusão, e a doença mental foi tornando-se também objeto de lucro, em decorrência da quantidade exacerbada de hospitais psiquiátricos que se conveniaram ao setor público, particularmente, na década de 70 do século XX.

Resende (2001) comenta que, na ideologia da instituição psiquiátrica brasileira, remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar, eram palavras de ordem, mas o peso relativo de cada um desses verbos pendeu francamente para os dois primeiros da lista (remover e excluir), os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los.

Assim, no final dos anos 70, a exemplo de outros países, iniciou-se no Brasil um processo de mudança no campo de saúde mental, chamado de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um

processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do

⁵ Atualmente ainda existente e conhecido como Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II).

modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 87).

Nesse sentido, superar o paradigma da psiquiatria implica em criar outras formas de lidar com a loucura, em reestruturar a assistência construindo novas possibilidades substitutivas ao modelo asilar, como também em enfrentar um embate político nos campos social e da assistência psiquiátrica.

Brandalise (2002, p. 17) descreve que “no Brasil, a reforma psiquiátrica é um tema de extrema atualidade e provoca discussões e disputas teóricas, corporativas e ideológicas”. A Reforma Psiquiátrica Brasileira começa influenciada por vários atores sociais que defendem a reversão do modelo hospitalocêntrico, em busca de práticas alternativas que possam vir a atender à integralidade do sujeito e não somente à necessidades da psiquiatria clássica. De acordo com o mesmo autor, “o termo ator social é utilizado em Saúde Pública e refere-se a um sujeito que possui um plano de intervenção social, analisa o contexto em que está inserido para a execução do plano e as forças contrárias a este” (BRANDALISE, 2002, p. 17).

A experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, ocorrida nos anos 70, trouxe contribuições teóricas e práticas fundamentais para a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Naquele período, “os italianos optam por uma desconstrução das instituições psiquiátricas, que envolve uma desmontagem do mito da doença mental e a criação de novas formas de convívio entre a sociedade e a loucura” (LOBOSQUE, 2001, p. 14).

Dentre os atores responsáveis por tais mudanças, tanto na Itália quanto no Brasil, os trabalhadores de saúde mental exerceram papel primordial, tendo surgido muitas críticas à assistência hospitalar em decorrência de denúncias realizadas, por alguns desses profissionais e por estudiosos da área, à sociedade e particularmente aos governantes. No Estado de Minas Gerais, por exemplo, em 1979, aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a participação do psiquiatra italiano Franco Basaglia e do sociólogo francês Robert Castel. Na ocasião, o psiquiatra italiano propôs que se fizesse uma moção a ser encaminhada ao Ministério da Justiça e ao Governador do Estado com o objetivo de denunciar as péssimas condições do Hospital Colônia de Barbacena e acrescentou: “penso que o fundamental é nos organizarmos, procurarmos situações alternativas e, ao mesmo tempo, protestarmos” (BASAGLIA, 1979, p. 152).

A partir de eventos como esse, foram intensificados debates sobre a realidade das instituições manicomiais, que serviram para desencadear a organização e a participação efetiva dos trabalhadores de saúde mental em espaços legítimos de discussão, tais como: conferências, congressos e encontros. A maioria desses profissionais reconhecia que era preciso mudar, reformular e principalmente humanizar a assistência nas unidades de atendimento aos portadores de sofrimento mental, condições normalmente não oferecidas pelo modelo hospitalocêntrico.

O final da década de 80 e o início de 90, do século passado, caracterizaram-se por acontecimentos significativos na área de Saúde, destacando-se a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, influenciada pelo movimento sanitário. Nesse período, uma nova concepção de saúde surgiu e legitimou-se na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2004), sob o lema “Saúde – direito de todos e dever do Estado”, fundamento da Lei Orgânica da Saúde na forma das Leis Federais nº 8.080/90⁶ e nº 8.142/90⁷.

No campo específico da Saúde Mental, concomitantemente à evolução da Política de Saúde no Brasil, houve a construção das bases de discussão para posterior processo de regulamentação de uma Política Nacional de Saúde Mental, influenciada por acontecimentos marcantes, selecionados a seguir.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no Rio de Janeiro, em junho de 1987, discutiu-se novas políticas assistenciais e afirmou-se a necessidade de uma nova legislação psiquiátrica no Brasil. Assim, “ficou claramente nomeado o impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerando ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 13).

Ainda, em 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, surgiram propostas baseadas em princípios teóricos e éticos de assistência e foi lançado o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”. Nesse encontro, também foi consagrado o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no ano de 1992, foi precedida por uma ampla mobilização nas etapas municipais e estaduais e, pela primeira vez na história, contou com uma participação expressiva de usuários e de familiares.

⁶ Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

⁷BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.142**. Brasília, DF: Gráfica do Congresso Nacional, 1990.

Além disso,

a II Conferência não só pôde aprofundar as críticas ao modelo hegemônico, como também formalizou o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 14).

É importante destacar que os avanços ocorridos tiveram forte influência do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Nesse movimento, que se ampliou e passou a ser denominado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, os profissionais se posicionaram em relação à assistência precária dos manicômios e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, “o então chamado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental politizou decididamente a questão da reforma, e levou às suas últimas implicações a crítica ao modelo representado pelo hospital psiquiátrico [...]” (LOBOSQUE, 2001, p. 15).

A partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, profissionais de diferentes Estados organizaram-se e criaram fóruns de discussões locais, alguns com perfil mais técnico e outros de caráter essencialmente político. Como exemplos, os Fóruns Baiano, Catarinense, Gaúcho e Mineiro de Saúde Mental.

Posteriormente⁸, as propostas aprovadas na plenária da III Conferência Nacional de Saúde Mental confirmaram a necessidade de efetivar um modelo de atenção em Saúde Mental totalmente substitutivo ao manicomial, respeitando as diferenças, os direitos de cidadania e a inclusão social.

A III Conferência Nacional teve como título: “*Cuidar, Sim. Excluir, Não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*”. Para nortear os debates, os subtemas foram relativos à reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental, ao financiamento, aos recursos humanos, ao controle social, à acessibilidade aos direitos e à cidadania. O tema, “*Cuidar, Sim. Excluir, Não*”, estava vinculado ao *slogan* proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para o ano de 2001, e “efetivando a reforma psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social” estava vinculado ao tema local, indicativo de sua afinidade com o Sistema Único de Saúde.

Tal evento, que merece ser considerado como mais um marco histórico no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu oito meses após a aprovação da Lei Federal de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 6/4/2001) e foi convocado num clima de mobilização, ou seja,

⁸ No ano de 2001.

em resposta aos anseios expressos desde a II Conferência e às manifestações atuais das diversas organizações, [...] o Plenário do Conselho Nacional de Saúde solicitou ao Ministro da Saúde a convocação da III Conferência (Resolução nº 310/CNS, de 04/04/2001). Em julho, o Ministro convocou a III Conferência para realizar-se em dezembro, [...], foram apenas seis meses para organizar o processo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 15).

Esses fatos permitem evidenciar que existe um movimento de atores sociais a favor da Reforma Psiquiátrica Brasileira em cujo contexto os profissionais dos serviços substitutivos têm papel relevante. Em vários momentos, podem ser chamados a opinar sobre suas práticas cotidianas, sobre a construção de políticas eficazes na área de saúde mental, seja em reuniões de equipe dos próprios serviços e de seus respectivos municípios e estados ou, ainda, nacionalmente, em eventos como as citadas conferências.

Desse modo, na prática, esses profissionais podem exercer o papel de partícipes e críticos do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em seus territórios. Por isso, investigar a implementação de tal processo, a partir da estruturação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), levando em conta a opinião dos profissionais que nele atuam, é de extrema relevância e será um dos pontos centrais desta pesquisa.

A Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo em construção, que envolve tanto os movimentos sociais como os órgãos gestores, sendo os últimos responsáveis pela operacionalização de ações necessárias com vistas às mudanças de paradigma e prática em Saúde Mental, ou seja, aplicação e acompanhamento das legislações vigentes.

2.2 SOBRE A LEGISLAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se estruturando em decorrência de formulações e reformulações nos campos legislativo e normativo.

Em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei Federal nº 3.657-A, ao Congresso Nacional, implementado com base na mobilização do Movimento da Luta Antimanicomial, com a proposta de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais.

Vale dizer que “toda a discussão em torno dessa legislação contribuiu para fomentar debates nas instituições de saúde e universidades, a criação de legislações estaduais e municipais, e a implementação de novos dispositivos sanitários e sócio-culturais [...]” (SOUZA, M., 2002, p. 51). No entanto, é de conhecimento público que o principal documento norteador das políticas adotadas, nessa área, pelos países da América Latina, inclusive pelo

Brasil, foi a Declaração de Caracas, resultante da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em novembro de 1990.

Assim, a partir de 1991, o Ministério da Saúde do Brasil, atendendo às recomendações da referida Conferência, vem expedindo regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

Nos anos de 1991 e 1992, por meio da edição das Portarias Ministeriais nº 189/91 e nº 224/92, o Ministério da Saúde adotou algumas medidas com vistas à reversão do modelo hospitalocêntrico e regulamentação dos serviços substitutivos como integrantes de uma rede assistencial (BRASIL, 2002a, 2002b). Particularmente, a Portaria/SNAS nº 224/92 teve um papel fundamental no início da implementação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, ao regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental, incorporar novos procedimentos à tabela do SUS, estabelecer normas para o atendimento ambulatorial em unidades básicas, centros de saúde, ambulatórios e núcleos/centros de atenção psicossocial e para o atendimento hospitalar em hospital-dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (BRASIL, 2002b).

Nesse ínterim, entraram em vigor oito leis estaduais, nos seguintes Estados da Federação: Espírito Santo (1992), Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Pernambuco (1994), Distrito Federal (1995), Paraná (1995), Rio Grande do Norte (1995) e Minas Gerais (1995 e 1997). As aludidas leis estaduais, além de inspiradas no Projeto de Lei Federal nº 3657-A, prevêm a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços, incentivam os centros de atenção psicossocial, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e definem os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Em 1999, foi sancionada a Lei Federal nº 9.867/99, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir socialmente, por meio do trabalho, as pessoas em desvantagens⁹ no mercado econômico (BRASIL, 2002c).

Com relação a outros serviços substitutivos, no ano de 2000, foi publicada a

⁹ Para efeito da lei foram consideradas pessoas em desvantagens, os deficientes físicos e sensoriais, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos, os dependentes químicos, os egressos de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção, os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

Portaria/GM nº 106/00¹⁰, com o objetivo de criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para o atendimento a portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2000d).

Em 2001, a Lei Federal nº 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” de autoria do Deputado Paulo Delgado, foi sancionada após ter tramitado desde 1989, durante 12 anos, no Congresso Nacional (BRASIL, 2002e).

Mas o marco normativo, em termos de financiamento para os Centros de Atenção Psicossocial, somente veio a ocorrer em 2002, quando o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias¹¹, com vistas à atualização das anteriormente citadas e alocou no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) recursos financeiros específicos para habilitação e credenciamento desses serviços. Essa medida do órgão gestor nacional desencadeou um processo de implantação repentina de CAPS em todo o território nacional, além de ter levado alguns Estados a investirem recursos financeiros para compra de equipamentos destinados a tais objetivos, a exemplo de Minas Gerais¹².

Até o momento, a Portaria MS/GM nº 336/02 pode ser considerada como uma das principais ao atualizar as normas para o funcionamento dos Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial e estabelecer as novas modalidades para tais serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II¹³ e CAPSad II¹⁴. Os critérios para a classificação dos serviços dependem da abrangência populacional, assistência prestada, equipe mínima necessária¹⁵, além disso, os CAPS só podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar (BRASIL, 2002f).

Para complementar, a Portaria MS/GM nº 1.455/03 veio definir incentivo financeiro para cada CAPS habilitado pelo Ministério da Saúde no Distrito Federal, Estado e Municípios no exercício de 2002 (BRASIL, 2003a).

Em 2003, também foi sancionada a Lei Federal nº 10.708/03 que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de

¹⁰ Ver Residências Terapêuticas no item 2.4 – Serviços Substitutivos.

¹¹ Portarias SAS Nº 77, 189, 305 e Portarias GM nº 336, 816 e 817. Ver BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002

¹² Minas Gerais realizou convênio, para fins de transferência de recursos financeiros, com municípios com população superior a 20.000 habitantes.

¹³ CAPSi II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes.

¹⁴ CAPSad II – Serviço de atenção psicossocial para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

¹⁵ Composta por médicos psiquiatras e/ou clínicos com especialização em Saúde Mental, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos e outros profissionais de nível médio.

internações” (BRASIL, 2003b).

As leis e normas apresentadas criam, de fato, condições para a ampliação da rede de serviços substitutivos, reversão do modelo hospitalocêntrico e conseqüente efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas se sabe que é necessário muito mais, ou seja, “[...], é importante lembrar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercidas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 20).

Além disso, as reformas ocorridas em outros países, que serviram de estímulo para o Brasil, trouxeram inovações não somente no campo legislativo, mas fundamentalmente no campo conceitual, no qual se busca uma nova construção, um novo olhar face ao portador de sofrimento mental com o seu meio social, incluindo aqui as instituições assistenciais, a família, enfim, todas as possibilidades de resgatar a cidadania seja onde for.

Segundo Lobosque (2001, p. 31),

o projeto antimanicomial não se reduz a reformas assistenciais. Por eficazes que sejam, as reformas no âmbito da assistência só adquirem um caráter transformador quando se articulam com uma intervenção na cultura, tendo a recriação das idéias sobre a figura do louco ao mesmo tempo como objetivo e efeito de sua implementação.

Com o intuito de esclarecer as concepções que norteiam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a seguir serão abordados: a desinstitucionalização, serviços substitutivos, centro de atenção psicossocial, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial.

2.3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Na década de 1960, surgiu nos Estados Unidos o termo desinstitucionalização para designar os processos de “alta” e de reinserção dos pacientes psiquiátricos na comunidade. A partir daí, ocorreram experiências de reformas psiquiátricas na Europa e nos Estados Unidos, que se caracterizaram muito mais como reformas administrativas, principalmente, por terem reduzido a concepção do processo de desinstitucionalização à desospitalização. A prioridade dessas reformas estava centrada na redução dos gastos hospitalares ao invés das necessidades assistenciais dos pacientes em sua integralidade.

De acordo com Barros (1994, p. 173),

no campo psiquiátrico, a desinstitucionalização norte-americana constituiu-

se num processo de desospitalização e de racionalização de recursos, criando uma rede de serviços de pequenas dimensões na comunidade, segundo uma proposta de hierarquização da assistência.

Na Psiquiatria Democrática Italiana, a desinstitucionalização é entendida como um processo social mais amplo, como desconstrução/reconstrução. Nesse sentido, desinstitucionalizar “não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais” (NICÁCIO, 1990 apud AMARANTE, 1995, p. 49). Os psiquiatras inovadores Italianos trabalham com a hipótese de que

o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente (ROTELLI, 1990, p. 27-28).

Spricigo (2001, p. 91) diz que, “nesta perspectiva, o objeto da psiquiatria deixa de ser a doença para ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. Quando o olhar não é clínico, é o doente, e não a doença a ser considerado e visto”.

Nesse contexto, os cuidados terapêuticos no campo da saúde mental devem buscar a compreensão do sofrimento psíquico do paciente, com vistas a ajudá-lo no processo de interação com o seu meio social, não o deixando restrito ao rótulo de doente, incapaz e perigoso por vivenciar a loucura.

Para Corbisier (2000, p. 285),

uma das mais importantes contribuições da experiência italiana de reforma psiquiátrica (Basaglia, 1985; Rotelli, 1990) foi a de ter deslocado o eixo da discussão acerca da assistência, que girava até os anos 70 basicamente em torno da questão da desospitalização e das formas alternativas de tratamento dentro das próprias instituições. A análise sistemática feita por Basaglia e seus seguidores a respeito da cultura manicomial foram deixando cada vez mais claro o quanto o asilo, como instituição real, concreta, é apenas um dos instrumentos por meio dos quais a cultura manicomial nessas sociedades tem lidado com a experiência humana da loucura e do sofrimento psíquico intolerável.

A implementação de dispositivos assistenciais baseados na contribuição da experiência italiana de reforma psiquiátrica deve ter a intenção de mostrar para a sociedade que existem outras maneiras de lidar com a loucura, até então, estigmatizada e considerada como sofrimento psíquico inaceitável.

Conforme Rotelli (1990, p. 30), “o processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”. Assim, pode-se dizer que uma reforma psiquiátrica pautada no viés da desinstitucionalização estará preocupada com a produção de vida e de sociabilidade, utilizando novas formas de convivência entre técnicos, usuários, familiares e toda a rede social. Para o autor, “os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc” (ROTELLI, 1990, p. 31).

Na perspectiva Italiana, o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre as instituições e os sujeitos¹⁶. Em termos práticos,

no trabalho de desconstrução do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, 1990, p. 32-33).

Uma diferença fundamental da desinstitucionalização italiana, em relação as demais¹⁷, é que ela está baseada na utilização dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição (o manicômio) para construir gradativamente as novas estruturas externas, ou seja, os serviços territoriais (CAPS, por exemplo), os plantões noturnos nos hospitais gerais, as cooperativas sociais, os lares abrigados para os pacientes, etc.

Rotelli (1990, p. 35) afirma ainda que “é exatamente graças a esta gênese da desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser, em relação a ele, inteiramente substitutivas e a suprimir (substituindo) as práticas preexistentes”. O mesmo autor sintetiza as características do processo de desinstitucionalização italiano em três aspectos:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental [...];
- b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos ‘doentes’, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com

¹⁶ Em primeiro lugar estão os pacientes.

¹⁷ A Europa em geral e os Estados Unidos reduziram a concepção do processo de desinstitucionalização à desospitalização, caracterizando o processo de suas reformas psiquiátricas em reformas administrativas.

a instituição [...];

c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio (ROTELLI, 1990, p. 36).

Percebe-se que, no contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana, o termo desinstitucionalização desdobra-se em concepções teóricas e práticas, indicando a possibilidade de mudança na relação com o objeto da Psiquiatria, passando de “doença” para “doente”, de “cura” para “cuidado”, de “institucionalização” para “desinstitucionalização”.

Para Spricigo (2001, p. 81), “o termo desinstitucionalização adquire significados distintos de acordo com o contexto no qual se desenvolvem as ações de reformulação da assistência psiquiátrica [...]”. No Brasil,

a desinstitucionalização veio a consistir num termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos: representar a negação do asilo como tratamento e a substituição por novas práticas que realçam a participação efetiva das famílias e de dispositivos comunitários na assistência; símbolo da perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social (equiparando-se à antipsiquiatria), e para os administradores ela tem sido um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares, visando à contenção de gastos (ORNELLAS, 1997; FREITAS, 1998 apud LUIS, 2000).

Uma vez evidenciada a relevância do conceito de desinstitucionalização no processo da Reforma Psiquiátrica, passa-se a discorrer sobre serviços substitutivos, abordando-se sua concepção e o papel que eles exercem no dia-a-dia assistencial, de acordo com o estabelecido em documentos normativos e pelos teóricos “reformistas”.

2.4 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

A concepção de serviços substitutivos está vinculada à necessidade de mudança na lógica do modelo assistencial centrado no manicômio e na criação de serviços de saúde que “substituam” as instituições psiquiátricas.

O modelo hospitalocêntrico, ainda predominante no Brasil, tem provocado a segregação, a cronificação e a desassistência, dentre inúmeras outras barbáries com os portadores de sofrimento mental. Nesse sentido, Brandalise (2002, p. 17) diz que “no âmbito da Saúde Pública e, mais especificamente, no que se refere à assistência à Saúde Mental, existe um movimento substitutivo às práticas estritamente restritivas”.

Na Saúde Mental, as unidades assistenciais extra-hospitalares são nomeadas de serviços substitutivos, tais como: os centros de atenção psicossocial, os centros de

convivência, as residências terapêuticas (lares abrigados), bem como os outros dispositivos sociais que objetivam a inserção, reinserção e/ou reabilitação psicossocial do sujeito com transtorno mental, por exemplo, as cooperativas sociais já mencionadas¹⁸.

De acordo com Souza, M. (2002, p. 43), “o objetivo maior desses novos serviços é acolher e resgatar a subjetividade de cada um naquilo que é exclusivamente seu e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social”.

A regulamentação de alguns serviços substitutivos iniciou-se na década de 90, através de portarias Ministeriais, como a nº 224/92¹⁹ e a nº 106/00, respectivamente sobre os Núcleos de Atenção Psicossocial/Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas (BRASIL, 2002b, 2002d).

A partir dessas regulamentações,

um amplo conjunto de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos tem sido criado conforme as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da II Conferência, demonstrando a eficácia e a viabilidade concreta da construção de um novo modelo assistencial e cultural na relação com as pessoas portadoras de sofrimento mental que prescindem do Hospital Psiquiátrico. Atualmente, tem-se cerca de 300 novos serviços substitutivos cadastrados junto ao Ministério da Saúde (SOUZA, M., 2002, p. 14).

Conforme uma das primeiras portarias ministeriais, a Portaria/SNAS nº 224/92, os NAPS/CAPS tratavam de “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local, e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b, p. 57).

De acordo com a Portaria/GM nº 106/00, as Residências Terapêuticas são entendidas como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2002d, p. 85).

Desde o início da regulamentação dos serviços substitutivos verifica-se que:

a construção de novos serviços (núcleos e centros de atenção psicossocial, ambulatórios, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, núcleos de trabalhos cooperados) tem sido implementada por inúmeros municípios como novos espaços assistenciais, que objetivam pôr fim ao silenciamento e à exclusão que milhares de pessoas trazem do chamado ‘tratamento nos hospitais psiquiátricos’ (SOUZA, M., 2002, p. 43).

¹⁸ No item 2.2: Sobre a Legislação da Reforma Psiquiátrica

¹⁹ Portaria atualizada através da edição da Portaria MS/GM nº 336/02.

Entretanto, a reforma psiquiátrica e a conseqüente mudança de paradigma da atenção em Saúde Mental não se restringem à implementação dessas novas estruturas assistenciais baseada apenas na legislação e na distribuição de recursos financeiros. Para os avanços da reforma, é também condição *sine qua non* a motivação e o envolvimento dos profissionais de saúde, particularmente de saúde mental, uma vez que “estes serviços buscam promover novas possibilidades de se estar no mundo a partir da premissa de que o destino destas pessoas pode e deve ser outro e que isto diz respeito a todos os envolvidos no campo da saúde mental – clientes, familiares e profissionais” (GOMES, 1999, p. 225).

Além disso,

para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, à implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 38).

No tópico seguinte, ao abordar o tema Centro de Atenção Psicossocial, será possível conhecer a realidade do processo de construção da rede de serviços substitutivos em saúde mental e seus requisitos.

2.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mesmo antes do início da regulamentação²⁰ dos Centros de Atenção Psicossocial²¹ (CAPS) pelo Ministério da Saúde, surgiu o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira²², em São Paulo, no ano de 1987, que, por ser *o primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico da rede pública*²³, “passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o País” (AMARANTE, 1995, p. 82).

²⁰ Ano de 1992 - início da regulamentação dos NAPS/CAPS pelo Ministério da Saúde do Brasil.

²¹ Ver GOLDBERG, Jairo. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: GOLDBERG, Jairo. **Clínica de psicose: um projeto na rede pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Cora; Instituto Franco Basaglia, 1996. p. 99-152. Esse autor refere sobre: “Centro de Atenção Psicossocial: nome emprestado aos centros existentes na Nicarágua, onde ‘equipes interdisciplinares cumprem tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação’. Riquelme, H. ‘Nicarágua: processo de constituição da atenção psicossocial’. In: *Temas Imesc*, São Paulo, 3(2): 183-94 1986. A aplicação brasileira dessa designação foi sugerida pela Dr^a Ana Maria Fernandes Pitta”.

²² Ver Goldberg (1996, p. 141): “Dr. Luiz da Rocha Cerqueira (1911-1984): médico psiquiatra, nascido em Alagoas, formado na Bahia, com longa história institucional no hospício da Tamarineira, Recife. Semeador de reformas psiquiátricas em Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto e São Paulo. Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo (1972)”.

²³ Ver BICHAFF, Regina. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 147.

Sendo assim,

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi uma denominação encontrada na Manáguas revolucionária de 1986, onde, a despeito de todas as dificuldades materiais, utilizando-se de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas, para desenvolver uma criativa experiência de reabilitar ou habilitar pessoas excluídas dos circuitos habituais da sociedade, por portar algum transtorno mental (PITTA, 1994, p. 647 apud AMARANTE, 1995, p. 83).

Na citação anterior, essa primeira experiência, em 1987, foi marcada por improvisos, uma vez que existiam dificuldades de ordem material e profissional. No entanto, esses obstáculos não impediram que os atores envolvidos naquele processo vivenciassem a possibilidade de trabalhar com os portadores de sofrimento psíquico.

Segundo Souza (2002, p. 51), “os novos serviços assistenciais têm sido um espaço do exercício da troca de saber, do exercício da tolerância das diferenças e do escancaramento das desigualdades sociais”, nos quais se inclui a experiência ainda precoce do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e também o exemplo a seguir que serviu de referência para a criação de novos centros de atenção psicossocial nos diferentes territórios brasileiros.

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, pela Secretaria de Saúde do Município de Santos, fez repercutir nacionalmente o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e desencadear a continuidade da implantação e regulamentação de novos serviços substitutivos, na medida em que essa experiência de intervenção, conforme Amarante (1995),

possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade, e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade etc. (AMARANTE, 1995, p. 83).

Para Nicácio (1994),

diferentemente de ambulatórios, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural (NICÁCIO, 1994 apud AMARANTE, 1995, p. 83).

No ano de 2002, passados mais de vinte anos desde o início da criação do primeiro CAPS, o Ministério da Saúde atualizou as normas de funcionamento dos CAPS, por meio da publicação das Portarias Ministeriais nº336/02 e nº189/02, e criou diferentes modalidades

desses serviços²⁴, respeitando alguns critérios, como por exemplo, populacional, atividades desenvolvidas e equipe mínima (BRASIL, 2002f, 2002j). O Ministério da Saúde também publicou material informativo com atualizações no entendimento de Centro de Atenção Psicossocial:

é um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no **acolhimento, vínculo** e na definição precisa de **responsabilidade** de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis (BRASIL, 2002g).

Uma vez que a pesquisa realizada em Palhoça/SC é referente ao CAPS cadastrado na categoria CAPS II, torna-se de fundamental importância apresentar suas características a partir do “recorte” da Portaria Ministerial MS/GM nº 336/02 (BRASIL, 2002f).

O CAPS II é um

serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes com as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito de seu território e/ou módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

²⁴ CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II, CAPSad II.

- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico-administrativo, técnico-educacional e artesão (BRASIL, 2002f).

A partir dos dados históricos referentes ao início da implantação dos primeiros NAPS/CAPS, como novas possibilidades de atenção psicossocial, para verificar como atualmente estão regulamentados²⁵, é importante lembrar que existem pontos de vistas diferentes com relação à política ministerial, o que pode ser conferido por intermédio do exemplo a seguir. Amarante (2003, p. 61) discorda da maneira que o Ministério vem conduzindo as regulamentações e aponta seus motivos por intermédio das seguintes ponderações:

prefiro utilizar genericamente a expressão ‘serviço’ de atenção psicossocial, e não centro ou núcleo, na medida em que os primeiros serviços destas modalidades (o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos) acabaram por imprimir naturezas de serviços muito distintos entre si, mas que foram nivelados e reduzidos a similares pelas Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 e perderam assim suas características inovadoras e suas singularidades. Por fim, simbolicamente, a Portaria 336/2002, em vigor, extinguiu a expressão Núcleos de Atenção Psicossocial, o que é altamente significativo, por serem os NAPS de Santos serviços verdadeiramente substitutivos e, portanto, emblemáticos para o processo da reforma psiquiátrica brasileira.

O mesmo autor finaliza seus argumentos, dizendo que

o modelo brasileiro está apontando perigosamente para alguns desvios

²⁵ Na Portaria MS/GM nº 336/02, já mencionada anteriormente.

graves: a) a descaracterização da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo, reduzindo-a a simples reformulação técnico-assistencial; b) ‘capsização’ do modelo assistencial; c) ‘inampsição’ do modelo de financiamento; extinção da concepção de NAPS enquanto serviço de base territorial e substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 2003, p. 61-62).

Sabe-se que a política de saúde mental, no contexto do Sistema Único de Saúde, é traçada pelo Ministério da Saúde, que os desvios apontados por Amarante (2003) poderão ocorrer e que as pessoas envolvidas neste processo de construção e consolidação dessa política correrão o risco de não atender os objetivos propostos rumo às transformações necessárias e desejadas para a reforma psiquiátrica.

Independente de tais contradições, é fundamental lembrar que, no período das primeiras experiências dos NAPS/CAPS, nem sequer existiam regulamentações ministeriais. Portanto, verifica-se que a criação desses serviços não está condicionada, exclusivamente, a essas regulamentações, embora se reconheça que elas sejam necessárias para garantir a atual política de saúde mental e recursos financeiros para os seus custos.

Cada indivíduo faz a leitura do processo em questão a sua maneira, contudo se deve entender que a principal finalidade da rede de serviços substitutivos é a reestruturação da assistência, pautada no modelo de “atenção psicossocial²⁶”, para que gradativamente ocorra a efetivação da Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente a mudança de paradigma da cultura manicomial.

2.6 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No contexto da Reforma Psiquiátrica, falar em “Atenção Psicossocial” significa refletir sobre a mudança de paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Garcia (1997, p. 11) comenta que “Benedetto Saraceno em publicação recente lamenta a falta que faz uma teoria para a prática decididamente rica e fecunda já acumulada pela atenção psicossocial no atendimento a portadores de sofrimento mental”.

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 19), “inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial, [...], tem sustentado um conjunto de ações teórico-

²⁶ Ver item seguinte: 2.6 Atenção Psicossocial.

práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modo Asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria”.

A fim de atender às necessidades do presente estudo, a apresentação do tema “Atenção Psicossocial” será realizada com base na proposta de Costa-Rosa (2000, p. 151), que sugere o seguinte: “por oposição ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, proponho designar modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica”. Costa-Rosa (2000, p. 151-164) considera quatro parâmetros principais componentes do paradigma das práticas em saúde mental (tanto no modo psicossocial, quanto no modo asilar)²⁷, quais sejam: concepções do “objeto” e dos “meios de trabalho”, formas da organização do dispositivo institucional, formas de relacionamento com a clientela e formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. Quanto às concepções do “objeto” e dos meios de trabalho, o autor está se referindo às concepções de saúde-doença-cura (objeto) e concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio (meios de trabalho).

O tratamento não será restrito à hospitalização e à medicalização, pelo contrário, preconizam-se como meios básicos, “psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação” (COSTA-ROSA, 2000, p. 154). Com vistas a esses cuidados, a equipe deverá ser interprofissional, na tentativa de superar o grupo comum dos especialistas, bem como o modelo médico de intervenção e o paradigma da doença-cura.

Nesse contexto da atenção psicossocial, “a loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155). No modo psicossocial, as formas da organização do dispositivo institucional dizem respeito ao modo como se dão as relações intra-institucionais e o que caracterizará a mudança será, sobretudo, “a horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários” (COSTA-ROSA, 2000, p. 159).

Essa característica poderá ser evidenciada em assembléias de usuários, familiares e trabalhadores de Saúde Mental, observando a “participação e não exclusão, autogestão e co-gestão e não gestão por delegação, interprofissionalidade integradora do processo e do ‘produto’, e não interprofissionalidade fragmentadora segundo a lógica do MCP²⁸,

²⁷ Aqui serão apresentados os quatro parâmetros, considerando-se somente as características relativas à prática do “modo psicossocial”.

²⁸ Modelo Capitalista de Produção (MCP).

transdisciplinaridade” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 38).

Quanto às formas do relacionamento com a clientela,

as instituições, através de seus agentes, adquirem o caráter de espaços de interlocução. [...]. É no espírito desta interlocução que é possível preconizar a colocação em cena, da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal (COSTA-ROSA, 2000, p. 161).

Finalmente, o parâmetro relativo à concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, segundo Costa-Rosa (2000, p. 162), significa que “está posta a consideração das concepções efetivadas de tratamento e cura e das finalidades socioculturais amplas para o que concorrem as ações da instituição e do tratamento”. O autor enfatiza que

no modo psicossocial não se deixa de alcançar a supressão sintomática, porém esta não é visada diretamente, nem tampouco a meta final. O que se visa diretamente pode ser descrito, de certa forma, com os termos ‘reposicionamento subjetivo’, mas também do homem em questão, uma vez que se procurará levar em conta a dimensão subjetiva e a sociocultural (COSTA-ROSA, 2000, p. 163).

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 40),

este reposicionamento pode ser pensado desde a recuperação dos direitos de cidadania, dos quais estão excluídos alguns usuários das instituições de Saúde Mental, passando pela recuperação do poder de contratualidade social, até a implicação subjetiva (entendida como a capacidade do sujeito de situar-se de modo ativo frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é atravessado). (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 40).

A expressão “Atenção Psicossocial”, entendida como modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar e aqui se refere ao modelo de atenção em Saúde Mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, mais especificamente, dos Centros de Atenção Psicossocial.

Além disso, o conceito de “Psicossocial”, quando aplicado às Políticas Públicas de Saúde Mental, pode ser combinado com uma série de termos, por exemplo, reabilitação (reabilitação psicossocial), a fim de configurar cada vez mais o novo paradigma das práticas substitutivas, contrapondo-se ao modo manicomial.

Assim, será interessante tratar também do que vem a ser Reabilitação Psicossocial.

2.7 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Após discorrer sobre a evolução histórica e legislação da Reforma Psiquiátrica,

desinstitucionalização, serviços substitutivos, centro de atenção psicossocial e atenção psicossocial, para finalizar a apresentação do referencial teórico, passa-se a abordar a concepção de Reabilitação Psicossocial.

De acordo com Pitta (2001, p. 19) “a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes”. Conforme a autora, uma definição clássica da Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985 apud PITTA, 2001, p. 19-20) seria:

o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...] o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a Reabilitação Psicossocial como um “conjunto de atividades capazes de maximizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (WHO, 1987; DE GIROLAMO, 1989 apud PITTA, 2001, p. 21).

Um dos aspectos que os serviços substitutivos devem ter no planejamento de sua assistência é intensificar as atividades sócio-culturais voltadas para a interação com a comunidade, a fim de proporcionar aos usuários e familiares o exercício cotidiano de seus potenciais individuais e coletivos.

Segundo Pitta (2001, p. 9),

Reabilitação Psicossocial implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.

A autora acrescenta que “as estratégias para implementá-la são múltiplas e adquirem, em todo o mundo, a marca de pessoas e/ou movimentos sociais que as contextualizam” (PITTA, 2001, p. 9).

No campo da Saúde Mental, a expressão Reabilitação Psicossocial é entendida como uma necessidade ética, porém, embora conte com várias “definições”, envolve uma certa “polêmica” em seu sentido restrito.

Esta apresentação passará a contar com as contribuições propostas pelo psiquiatra

italiano Benedetto Saraceno²⁹, uma vez que tem sido referência para discussão e entendimento de Reabilitação Psicossocial. O autor questiona o termo reabilitação ao indagar, “o que é reabilitar? Não pode haver um psiquiatra a dizer: ‘Eu não me interessar por reabilitação, porque me interessar por psicofármacos [...]’” (SARACENO, 2001, p.14).

A reabilitação psicossocial para Saraceno (2001) não é uma tecnologia, é uma abordagem, uma estratégia global que sugere muito mais do que passar um paciente de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade, implicando numa mudança total de toda a política dos serviços de saúde mental. A reabilitação engloba todos profissionais, todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, os usuários, as famílias e a comunidade inteira.

Em suas reflexões sobre o processo de reabilitação psicossocial, o autor busca o modelo de referência da reabilitação. Primeiramente, diz que todos nós, de forma esquemática, atuamos em três cenários: habitat, mercado e trabalho. E é dentro desses cenários que se desenrolam as cenas, as histórias, os efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc. (SARACENO, 2001).

Nesse contexto, no desfecho das histórias, é que verificamos a “desabilidade” por falta de poder contratual nos espaços de troca e conseqüentemente a necessidade de reabilitação, entendida como “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 2001, p. 16).

De acordo com esse psiquiatra italiano,

[...] não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe por, não termine em (SARACENO, 2001, p. 14).

Outra reflexão é sobre a epidemiologia dos efeitos da reabilitação psicossocial, indagando quais as variáveis que realmente influem sobre o efeito das condições terapêuticas dos pacientes, ou seja, como destruir a cronicidade, como aumentar a capacidade do paciente na comunidade? Segundo o autor, as grandes variáveis de saúde mental estão distribuídas em dois grandes extremos: um micro, no nível da afetividade, da continuidade (vínculo paciente-

²⁹ Este psiquiatra trabalhou com Franco Basaglia em Trieste, dirigiu uma comunidade terapêutica em Milão, presidiu a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial até 1996 e ajudou a organizar a Conferência de Caracas. Em 2001, encontrava-se como Diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde em Genebra.

profissional) e um macro, que é a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24h ou 12h, se está aberto à comunidade, se satisfaz às pessoas que atende e também aos profissionais que nele se inserem, dentre outros.

Em tal perspectiva, o sentido de Reabilitação Psicossocial não deverá ser visto como uma técnica pura e simples, já que se inter-relaciona com o processo organizacional, estrutural e político dos serviços de saúde mental, situados cada qual em seu território e com suas respectivas histórias de implantação.

Conforme apresentado, observou-se que os temas norteadores da Reforma Psiquiátrica, como a desinstitucionalização, serviços substitutivos, centro de atenção psicossocial, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial, encontram-se inter-relacionados no campo conceitual. Assim sendo, esses conceitos serão objetos de investigação junto aos profissionais para averiguar o que eles conhecem sobre o assunto.

Para a realização deste estudo, foi delineada uma metodologia que traçou o caminho necessário para pesquisar a realidade da implementação do Centro de Atenção Psicossocial de Palhoça/SC e adquirir subsídios para a produção de conhecimento sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Municipal.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada possibilitou o desenvolvimento da pesquisa em consonância com os objetivos propostos.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Desenvolveu-se um estudo de caso, no qual se buscou investigar o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Palhoça a partir da estruturação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática dos fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Esse método se caracteriza por ser um estudo intensivo, devendo considerar, principalmente, toda a compreensão do assunto investigado (FACHINI, 2001).

A abordagem qualitativa foi utilizada, visto ser a que melhor correspondeu aos propósitos do estudo ao trabalhar com o universo de aspirações, crenças, valores e atitudes, já que “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2002, p. 22).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O local escolhido para a pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) situado em Palhoça/SC. O município possui 109.961 mil habitantes³⁰, “situa-se na região litorânea do Estado de Santa Catarina, sendo 70% de seu território em área de preservação ambiental, com uma extensão territorial de 325,5 Km²”, e insere-se na Macrorregião da Grande Florianópolis. De acordo com o *Plano Diretor de Regionalização*³¹, esta macrorregião é constituída por 22 municípios e, dentre eles, Palhoça e Florianópolis possuem CAPS.

³⁰ Censo IBGE – Resolução nº 4 – agosto/02. Ver: SANTA CATARINA. **Projeto Municipal de Expansão da Família**. Palhoça: Prefeitura Municipal de Palhoça/Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, 2004.

³¹ Ver: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2002a.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos pelos profissionais de nível superior³² do CAPS II e ainda pelo representante do gestor de saúde do respectivo município.

A amostragem qualitativa: (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que, na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 2000, p. 102).

A aproximação com os profissionais do CAPS para participar da pesquisa ocorreu a partir do encontro descrito a seguir. Primeiramente, agendou-se uma reunião com os 5 profissionais de nível superior. Ela foi realizada no CAPS e teve como objetivos apresentar a proposta do estudo, esclarecer como seriam realizadas as entrevistas, buscar as respectivas anuências e ainda informar que, somente após a qualificação do projeto e sua aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, seria iniciada a coleta dos dados em campo.

Todos os profissionais foram receptivos durante a reunião e concordaram em participar da pesquisa. Assim, acordou-se que seriam contatados tão logo fosse possível iniciar a coleta de dados.

3.3.1 QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, nas relações com os entrevistados e com a instituição responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Com os sujeitos da pesquisa, firmou-se um documento de “consentimento informado”, respeitando o direito de participar, bem como o de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Dentro dos princípios éticos de pesquisa, garantiu-se ainda o anonimato e a privacidade dos sujeitos ao se utilizar codinomes nos relatos das entrevistas, quais sejam:

³² Os profissionais de nível superior que trabalhavam no CAPS no período da realização da pesquisa eram: 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 pedagoga, 1 psicóloga e 1 psiquiatra.

Ágata, Esmeralda, Jade, Safira e Sodalita.

À Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social foi solicitada uma declaração de ciência sobre a pesquisa para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina juntamente com os demais documentos exigidos pelo órgão.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e investigação documental. Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas no processo de trabalho de campo. Para Miranda (1996, p. 37): “A entrevista é a conversação entre duas pessoas, realizada pela iniciativa do entrevistador, destinada a obter informações pertinentes para o objeto de investigação e também uma oportunidade de entrada de temas de interesse que se investiga”.

As entrevistas semi-estruturadas foram orientadas por dois roteiros³³ com questões abertas e fechadas (ou estruturadas), diretamente relacionadas ao objeto do estudo, possibilitando aos sujeitos discorrer sobre os temas investigados.

O Roteiro 1 foi destinado às entrevistas com os profissionais do CAPS e, por seu intermédio, buscou-se dados a respeito de seus perfis, dos aspectos assistenciais no CAPS, relacionados à demanda, número de pacientes atendidos, atividades desenvolvidas, controle de internações, dispensação dos medicamentos, processo de referência e contra-referência, função do CAPS, importância de sua implantação no contexto da Reforma Psiquiátrica Municipal e dificuldades em relação à implementação das normas ministeriais. Também tratou-se a respeito de temas como reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, serviços substitutivos, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial.

O Roteiro 2, respondido pelo representante do gestor, foi utilizado para buscar informações concernentes à caracterização técnico-assistencial do CAPS junto à Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. O documento foi composto por perguntas referentes às características estruturais do CAPS, englobando subordinação técnica-administrativa, instalações físicas, recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a respeito da interação do CAPS com as Secretarias Municipais, Estadual e Ministério da Saúde.

³³ Apêndices 1 e 2.

Para a execução das entrevistas, buscou-se contato prévio com os profissionais para agendá-las, individualmente, de acordo com suas disponibilidades. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, o material foi transcrito, digitado e agrupado, na integralidade, para que se pudesse iniciar a classificação e análise dos dados.

A investigação documental processou-se durante as visitas de campo, onde se obteve cópias de documentos existentes no próprio CAPS II, como: projeto³⁴ elaborado para fins de implantação, planta baixa, leis municipais, pareceres da Coordenadoria Estadual de Saúde Mental/SC e do Ministério da Saúde e outros documentos relativos aos prontuários³⁵.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com base nos passos operacionais, propostos por Minayo (2000, p. 234-236): ordenação e classificação dos dados e análise final.

1º - Ordenação dos dados

Esta etapa incluiu o mapeamento dos dados obtidos no trabalho de campo:

- transcrição de fitas cassetes;
- releitura do material;
- organização dos relatos das entrevistas e dos dados da investigação documental.

2º - Classificação dos dados

A classificação dos dados foi obtida pela identificação das informações relevantes e definição de categorias gerais e específicas a partir do referencial teórico e também pelo conteúdo evidenciado nos relatos dos sujeitos da pesquisa. Assim, foram definidas três categorias gerais e nove categorias específicas:

- Categoria Geral I - Centro de Atenção Psicossocial
- Categoria Geral II - Conceitos Norteadores da Reforma Psiquiátrica
- Categoria Geral III - Reforma Psiquiátrica

A Categoria Geral I – Centro de Atenção Psicossocial – foi elaborada com base nos documentos referentes a sua implantação, no relato do representante do gestor a respeito da subordinação técnico-assistencial e recursos financeiros e nos relatos dos sujeitos da pesquisa.

³⁴ Projeto de implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), elaborado em junho de 2002.

³⁵ Ver Anexos 1, 2, 3 e 4, respectivamente, Ficha de Anamnese, Ficha de Projeto Terapêutico, Contrato Terapêutico e Termo Responsabilidade.

Os dados foram subdivididos nas cinco categorias específicas:

- Implantação do CAPS
- Equipe Técnica
- Organização Administrativa
- Organização Assistencial
- O CAPS no contexto da rede de saúde municipal

A Categoria Geral II – Os conceitos norteadores da Reforma Psiquiátrica – foi organizada a partir do referencial teórico, constituindo as quatro categorias específicas:

- Desinstitucionalização
- Serviços Substitutivos
- Atenção Psicossocial
- Reabilitação Psicossocial

A Categoria III – A Reforma Psiquiátrica foi elaborada com base nos relatos dos sujeitos da pesquisa sobre o tema.

3º - Análise final

Foi constituída pela síntese das informações referentes à função do CAPS, à importância de sua estruturação/implantação no contexto da implementação da Reforma Psiquiátrica municipal, às dificuldades em relação à implementação das normas ministeriais e, ainda, pela discussão final a respeito das categorias I, II e III, respectivamente, Centro de Atenção Psicossocial, Concepções Norteadoras da Reforma Psiquiátrica e Reforma Psiquiátrica, que caracterizaram o item Análise final - Centro de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao considerar os dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas e investigação documental, optou-se pela apresentação dos resultados juntamente com a discussão em três categorias gerais e nove categorias específicas.

4.1 CATEGORIA GERAL I – O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Centro de Atenção Psicossocial foi abordado mediante cinco categorias específicas: *implantação do CAPS*, referente a informações relacionadas ao processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, até outubro/2003, data da publicação da portaria que criou o cargo de coordenador do respectivo serviço; *equipe técnica*, referente à constituição da equipe e ao perfil dos sujeitos da pesquisa; *organização administrativa*, concernente à subordinação técnico-assistencial do CAPS em relação à Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social (SMSDS) e, também, às estruturas física e financeira disponibilizadas para o seu funcionamento e à existência de algum tipo de interação ou apoio a esse serviço por parte das Secretarias Estadual e Municipal e do Ministério da Saúde; *organização assistencial*, relativa à demanda, número de prontuários abertos no serviço desde sua inauguração, pacientes ativos no serviço, número de atendimentos realizados por categoria profissional/mês³⁶ e ano/2004, atividades desenvolvidas, dificuldades encontradas para realização das atividades, medicamentos e controle de internações e *o CAPS no contexto da rede de saúde municipal*, relacionado ao processo de referência e contra-referência.

Teve-se, como principal referencial teórico para análise e discussão dos dados relativos às categorias específicas, a Portaria MS/GM nº 336/02.

4.1.1 CATEGORIA ESPECÍFICA: IMPLANTAÇÃO DO CAPS

Esta categoria específica foi apresentada na ordem cronológica dos acontecimentos referentes ao processo de implantação do CAPS II de Palhoça/SC, de agosto/2002 a outubro/2003. O início das atividades do CAPS II de Palhoça ocorreu em agosto/2002 e alguns fatos precederam sua inauguração, como a publicação das Portarias GM/MS nº 336/02 e nº 189/02, referentes às normas para funcionamento e credenciamento dos Centros de

³⁶ Janeiro a novembro/2004.

Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território nacional.

Para viabilizar a implantação do CAPS II em Palhoça, em junho/2002, foi elaborado o “Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS” com o objetivo de:

proporcionar atendimento na área de saúde mental, substituindo atendimento centrado no modelo hospitalar por uma rede de atenção integral, centrada na comunidade. Promover a qualidade de vida, o estímulo à autonomia, evitando a hospitalização, a perda do convívio social e as situações incapacitantes (SOUZA, A., 2002).

Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social (SMSDS) de Palhoça encaminhou à Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), para efeito de cadastramento, os seguintes documentos através do Parecer nº52/2002 (SANTA CATARINA, 2002b): “projeto técnico, alvará sanitário nº 690/2002, CNPJ: 82.892.316/0001- 08, discriminação da equipe técnica e curriculum vitae dos profissionais e planta baixa do CAPS”³⁷. Também, de acordo com esse parecer, toda a documentação entregue estava completa e conforme as exigências das Portarias GM/MS nº 336/02 e nº 189/02, podendo-se observar isso na descrição a seguir:

o relatório de vistoria realizado no mês de julho de 2002, pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, que verificou ‘in loco’ o funcionamento do serviço, verificando que, para fins de cadastramento, todas as exigências de responsabilidade técnica e demais (área física, recursos humanos e equipamentos), estabelecidas pelas Portarias citadas, estão sendo cumpridas. (SANTA CATARINA, 2002b).

Assim, a Coordenação Estadual de Saúde Mental recomendou o Cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial de Palhoça, como CAPS II. Em agosto/2002, foram contratados 6 profissionais para integrar a equipe técnica do CAPS, quais sejam: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 1 assistente social, 1 pedagogo, 1 psicólogo e 1 técnico de enfermagem. A contratação dos profissionais foi regulamentada pela Lei Municipal nº 1.542/2002, publicada em setembro do mesmo ano, referente à criação de emprego público “para atender o Programa de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial, instituído pela Lei nº 10.216, de 06/04/01, e normatizado por meio da Portaria nº 336/GM, em 19/02/2002” (SANTA CATARINA, 2002c).

Ainda, em setembro/2002, o Ministério da Saúde emitiu o Parecer Técnico Cadastramento – ASTEC/Saúde Mental nº 23/02, tendo como síntese a avaliação que o Centro de Atenção Psicossocial de Palhoça apresentava boas condições de funcionamento, em

³⁷ Não foi possível ter acesso a cópia de todos os documentos citados.

acordo com a política definida pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, segundo os documentos apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (BRASIL, 2002h).

Em julho/2003, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 1.455 que definiu incentivo financeiro aos CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde no Distrito Federal, Estados e Municípios, no exercício de 2002, para realizar os procedimentos definidos pela Portaria nº 189/2002, dentre eles o CAPS II de Palhoça/SC (BRASIL, 2003a).

Nesse município, no mês de outubro/2003, houve a publicação da Lei nº 1.750/2003 que acresceu e alterou dispositivos na Lei nº 1.542/2002, ao criar o cargo de coordenador, definir suas funções e alterar a carga horária dos profissionais, passando de 20 para 30 horas semanais (SANTA CATARINA, 2003). Embora, a referida Lei Municipal tenha criado o cargo de coordenador, nenhum profissional tinha sido empossado no serviço como tal³⁸.

Portanto, a implantação do CAPS seguiu um fluxo de acontecimentos e dependeu de várias instâncias técnico-administrativas: por parte da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, elaboração de um projeto e contratação dos profissionais; pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, vistoria e observação das condições técnico-assistenciais necessárias para o cadastramento, e, por sua vez, o Ministério da Saúde concedeu o parecer favorável ao município para habilitação do referido CAPS.

Após conhecer o processo histórico da implantação do serviço, prossegue-se a apresentação da equipe técnica e perfil dos profissionais do CAPS que fizeram parte da pesquisa.

4.1.2 CATEGORIA ESPECIFICA: EQUIPE TÉCNICA

A equipe técnica do CAPS II do município de Palhoça/SC foi constituída por 5 profissionais de nível superior (1 assistente social, 1 enfermeira, 1 pedagoga, 1 psicóloga e 1 psiquiatra), 1 de nível técnico administrativo e conta com a colaboração de 3 estagiárias, 2 de psicologia e 1 de serviço social.

Ao realizar a análise comparativa entre o número de profissionais lotados no CAPS II de Palhoça e as normas da Portaria MS/GM nº 336/02, referentes à *equipe técnica mínima para atuação no CAPS II*, é estabelecido um total de 12 profissionais (incluindo 6 técnicos de nível superior e 6 de nível médio) “para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno,

³⁸ Até o 1º semestre de 2004, data da coleta dos dados do presente trabalho.

tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo³⁹”, constatando-se que o CAPS possui 6 contratados, sendo 5 de nível superior e 1 de nível médio. Diante desses dados, evidencia-se que existe uma defasagem em relação aos recursos humanos desse serviço de saúde mental, ao se considerar a população preconizada na portaria, como ainda a substituição de possíveis profissionais contratados por estagiários.

Assim, a fim de suprir essa carência profissional e atender o prescrito pela portaria ministerial, seria desejável que o gestor de saúde municipal realizasse a contratação de 1 profissional de nível superior⁴⁰ e 5 de nível médio⁴¹. Outra possibilidade seria o CAPS II se ajustar às normas de funcionamento de CAPS I, que, referente à equipe técnica mínima, exige um menor número de profissionais. Caso o município opte pela segunda proposta⁴², basta contratar 3 técnicos de nível médio para se adequar ao requisito imposto pelo Ministério da Saúde.

Com relação ao fato de 3 estagiárias⁴³ desenvolverem atividades no CAPS II e assim contribuírem para o funcionamento do serviço, é importante, mas, de qualquer modo, é imprescindível a contratação dos profissionais mencionados com o objetivo de atender às normas ministeriais e garantir o funcionamento permanente do CAPS.

Em alusão aos sujeitos da pesquisa, constituídos pelos 5 profissionais de nível superior⁴⁴, possuem faixa etária entre 25 e 45 anos de idade, com formação acadêmica concluída entre os anos de 1997 e 2001, apresentando em média 5 anos de atividade profissional.

Quanto à pós-graduação, 3 deles, Sodalita, Safira e Jade, afirmaram ter realizado cursos na área de saúde, respectivamente, em psiquiatria, em saúde do trabalhador e saúde pública e a última em atenção psicossocial. Os níveis dos cursos de pós-graduação variaram entre residência, especialização e mestrado. Os outros 2 profissionais, Esmeralda e Ágata,

³⁹ Parágrafo Único, do Art 5º, da Portaria MS/GM nº 336/02: “Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor [...]”. Ver nas Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____ . **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002f.

⁴⁰ Entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

⁴¹ Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico-administrativo, técnico-educacional e/ou artesão.

⁴² A segunda proposta, para adequar o serviço no que diz respeito à equipe mínima para atuação no CAPS I, não é a mais plausível, pois envolve outros fatores, como recadastramento do serviço na modalidade de CAPS I e conseqüentes perdas financeiras, além do que o município de Palhoça/SC atende ao critério populacional para manter o serviço cadastrado como CAPS II.

⁴³ As estagiárias realizam funções administrativas e acompanham atendimentos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares junto com os profissionais do CAPS.

⁴⁴ O perfil dos entrevistados, descrito neste tópico, encontra-se no Apêndice 3 (Quadro 1).

informaram que pretendem realizar algum curso futuramente. De acordo com o representante do gestor, “os profissionais realizam cursos por conta própria”. Segundo Spricigo (2001, p.152), “a inexistência de um programa de capacitação dos profissionais faz com que estes a realizem por iniciativa própria, e com dispêndio dos próprios recursos financeiros”.

Em relação ao tempo de trabalho no CAPS, 3 profissionais, Ágata, Jade e Safira, iniciaram as atividades em agosto/2002 e, assim, estão nesse serviço desde o início de sua implantação. As demais, Esmeralda e Sodalita, foram contratadas, respectivamente, em maio e agosto/2003 para substituir profissionais da mesma categoria que haviam saído da referida unidade de saúde.

Acerca da experiência profissional na área de saúde mental, o trabalho desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial de Palhoça/SC, para os 5 profissionais, constitui a primeira experiência em serviços substitutivos. Dois deles, Ágata e Sodalita, desenvolvem trabalho paralelo num Hospital Psiquiátrico Estadual⁴⁵, que funciona como referência para internações psiquiátricas do Estado e da região metropolitana da Grande Florianópolis.

Deste modo, no que concerne ao perfil dos sujeitos, constata-se que nenhum deles possui experiências anteriores em serviços substitutivos, o que permite supor a necessidade da criação de recursos técnico-educacionais com o intuito de criar condições para ampliação de seus conhecimentos teórico-práticos na respectiva área de atuação. Desse modo, a supervisão técnica dirigida por profissional especializado na área técnico-assistencial de saúde mental, para fins de discussão e orientação dos casos atendidos, pode ser uma saída interessante. Por ser um serviço novo e que trabalha diretamente com pacientes portadores de transtornos mentais, torna-se imprescindível a esses profissionais terem um espaço próprio para discussão e suporte as atividades desenvolvidas no dia-a-dia, até mesmo porque a organização administrativa que será apresentada no tópico seguinte nem sempre lhes favorece essa possibilidade.

4.1.3 CATEGORIA ESPECÍFICA: ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

No presente trabalho, a organização administrativa se refere à subordinação técnico-assistencial do CAPS, em relação à Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social (SMSDS), às estruturas, financeira e física, disponibilizadas para o funcionamento dessa unidade assistencial e à existência de algum tipo de interação ou apoio por parte das

⁴⁵ Situado em São José/SC, município vizinho.

Secretarias Estadual, Municipal e do Ministério da Saúde.

De acordo com o organograma⁴⁶ da SMSDS, o serviço de saúde mental está subordinado à Gerência de Programas de Saúde, que é responsável por 9 programas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal, saúde mental, combate ao tabagismo, hanseníase, tuberculose e DST/HIV/AIDS. Assim sendo, essa gerência representa o canal de interlocução entre os programas de saúde municipais e a SMSDS.

Com relação ao programa de saúde mental, conforme informações do representante do gestor, “nunca foi criado um programa de saúde mental no município, o CAPS foi implantado direto”. Nesse sentido, verificou-se que existe pouca interação entre a equipe profissional dessa instituição e a gerência de programas de saúde, o que pode ser atribuído à ausência de um coordenador no serviço, sendo que ficaria a cargo desse profissional a busca de interação com a gerência de programas para discutir os assuntos relativos às necessidades do serviço. Assim, na medida que se faz necessária, a equipe técnica elege um ou mais profissionais para se encarregar das articulações com essa chefia e com os demais setores administrativos da SMSDS.

Diante dessa realidade, constata-se que inexistente um profissional responsável pelo programa de saúde mental na gerência de programas. Nesse caso, antes da contratação de um coordenador para o CAPS, seria conveniente a criação de uma lei municipal que instituísse o cargo de Coordenador Municipal de Saúde Mental, possibilitando que ele se encarregasse do planejamento à assistência em saúde mental em interação com os demais programas de saúde do município e do apoio às ações do CAPS.

Porém, enquanto não houver a referida lei e, por conseguinte, o coordenador municipal, deve-se pensar na possibilidade de se efetivar a contratação de um profissional para ocupar esse cargo, uma vez que, além de atender a Lei Municipal nº 1.750/03, isso é também de fundamental importância para garantir o fortalecimento da política de saúde mental no município. A presença de um coordenador nesse serviço, como gestor, articulador, mediador na relação entre o CAPS e a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social poderia proporcionar segurança à equipe técnica, aos usuários, aos familiares e ao próprio gestor de saúde municipal, pois ficaria responsável pela viabilização de questões ainda pendentes no serviço e que são necessárias para a adequação e o cumprimento de seus objetivos.

Quanto aos aspectos financeiros, em 2002, o referido serviço de saúde mental foi

⁴⁶ Ver Anexo 5.

credenciado pelo Ministério da Saúde na categoria CAPS II⁴⁷. Assim sendo, de acordo com informações recebidas do representante do gestor de saúde, o município recebe em torno de R\$13 a 15 mil por mês para o custeio do CAPS, e o repasse financeiro vindo do Ministério da Saúde ocorre mês a mês com um atraso de três meses em relação aos procedimentos realizados. Esse recurso financeiro é administrado pela gerência administrativa e financeira da SMSDS.

No entanto, embora a administração do recurso recebido para o custeio do CAPS fosse de encargo da gerência administrativa e financeira, o representante do gestor relatou o que segue:

os profissionais é que estavam realizando licitação para compra de materiais e medicamentos, pois com a falta de coordenação no CAPS, não existe um planejamento para a utilização do dinheiro e, às vezes, ele acaba ficando parado. No final do ano passado, eles receberam R\$ 30 mil reais referentes a incentivo, do Ministério da Saúde, e não sei se foi utilizado, se não foi tem que devolver.

No que diz respeito à utilização desse recurso financeiro, complementou,

ele deveria ser utilizado para a compra de materiais e medicamentos, principalmente, medicamentos, porque a farmácia básica não contempla todos os medicamentos necessários, às vezes, tem medicamentos que alguns usuários usam e que não tem na farmácia básica.

Em relação à contrapartida do município, ainda, segundo o representante do gestor, a SMSDS deveria contribuir para cobrir o salário dos profissionais, mas o recurso financeiro vindo do Ministério da Saúde também tem sido utilizado para este fim. Tal situação permite evidenciar que o município, por intermédio da SMSDS, deve ter dificuldades para investir recursos financeiros próprios no respectivo serviço.

Assim sendo, cabe lembrar que a implementação do SUS envolve as três esferas governamentais, federal, estadual e municipal, cada uma com o seu respectivo papel, conforme preconizado na Lei Orgânica do SUS nº 8.080/90. Ao trazer essa realidade para a implantação dos serviços substitutivos, torna-se relevante considerar que, além do Governo Federal, o Governo do Estado de Santa Catarina, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e o Município de Palhoça/SC, deverá também se responsabilizar pelos demais investimentos necessários ao serviço, sejam de caráter financeiro, humano ou material.

Quanto à estrutura física, o Centro de Atenção Psicossocial de Palhoça/SC (CAPS II) possui uma área física de aproximadamente 120 m² dividida em 15 cômodos⁴⁸, o que

⁴⁷ Ver características do CAPS II, no item 2.5 - Centro de Atenção Psicossocial.

⁴⁸ Ver Anexo 6 - planta baixa, área utilizada pelo CAPS, destacada em verde.

contempla 1 sala de recepção, 1 sala anexa à de recepção (utilizada para arquivos), 1 sala de espera/sala de estar, 2 salas para atendimento em grupo, 1 sala para realização de oficinas terapêuticas, 2 salinhas (uma com pia para dar suporte ao atendimento em oficinas e outra que será transformada em consultório), 2 consultórios para atendimentos individuais (sendo um deles com maca e armário para medicação)⁴⁹, 1 cozinha, 3 banheiros (2 para os pacientes e 1 para os funcionários) e 1 depósito para materiais de limpeza (DML). Porém, verificou-se que a planta baixa⁵⁰, apresentada à SES/SC e encaminhada ao Ministério da Saúde, possui uma área física maior, em torno de 220 m², o que evidencia a utilização de uma estrutura física preexistente e parcialmente aproveitada para a implantação do CAPS II.

Durante as entrevistas, uma das queixas relatadas pelos profissionais foi referente à falta de espaço físico adequado para a realização de atividades em grupos. No entanto, como não existem normas para esse aspecto, o serviço deverá se adequar de acordo com suas atividades profissionais. De imediato, observou-se a necessidade de um refeitório para possibilitar o fornecimento das refeições diárias aos usuários, uma vez que a Portaria MS/GM nº 336/02 estabelece como requisito que “os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias” (BRASIL, 2002f).

Por fim, foi questionado ao representante do gestor sobre a existência de algum tipo de interação ou apoio ao CAPS por parte das Secretarias Municipal, Estadual e Ministério da Saúde. Ele informou que, em relação ao Ministério da Saúde, “existe cumprimento de ordens, não tem nenhuma interação, semelhante aos demais programas de saúde, com exceção do apoio financeiro, é uma relação de cima para baixo”; no que diz respeito ao Estado, “quando precisam de alguma coisa, solicitam apoio à Coordenadora Estadual de Saúde Mental (informações burocráticas, cursos, etc), o Estado não apóia financeiramente” e no âmbito municipal, “o Secretário Municipal é sempre aberto para reuniões, etc. Hoje mesmo ele estava sentado lá na reunião para criar a associação de usuários e familiares”.

4.1.4 CATEGORIA ESPECÍFICA: ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL

A organização assistencial no Centro de Atenção Psicossocial foi orientada pelos

⁴⁹ Onde são guardados alguns medicamentos para situações de crise.

⁵⁰ Ver Anexo 6 - planta baixa, área total.

seguintes aspectos investigados durante as entrevistas: demanda⁵¹, número de prontuários abertos no serviço desde sua inauguração, pacientes ativos no serviço, número de atendimentos realizados por categoria profissional/mês e ano/2004, atividades desenvolvidas, dificuldades para a realização das atividades, medicamentos e controle de internações.

Com relação à demanda atendida no CAPS, verificou-se que os usuários do serviço são pessoas portadoras de transtornos mentais graves e crônicos normalmente egressos de hospitais psiquiátricos e residentes no município de Palhoça/SC, o que pode ser conferido por intermédio dos relatos apresentados a seguir. Para Ágata, o CAPS II de Palhoça/SC

privilegia os egressos de hospitais psiquiátricos; aqui na Grande Florianópolis seria do Instituto São José e do Instituto de Psiquiatria, a Colônia Santana, a população é de pacientes psicóticos graves, esquizofrenias, depressões graves, pacientes com transtorno bipolar.

Jade, Safira e Esmeralda confirmaram a informação de Ágata, em relação à clientela atendida, ao afirmarem, respectivamente, que “o perfil é só psicótico e neurótico graves”, que os usuários do CAPS “são pessoas portadoras de transtornos mentais, graves e crônicos” e que “não são atendidas as pessoas que, muita gente confunde com uso de drogas, essas coisas, então, a maioria é mesmo transtornos mentais”. Finalmente, no que diz respeito à demanda, Sodalita acrescentou que

a população atendida é residente na Palhoça, são transtornos mentais, pacientes crônicos que já tiveram no mínimo duas internações hospitalares, esquizofrenia, transtorno de humor, a gente acaba atendendo alguma dependência química, eventualmente! Pela falta de outra estrutura aqui na região.

Tais dados apresentam coerência com as normas da Portaria MS/GM nº 336/02, que preconiza que os CAPS deverão estar capacitados “para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial” (BRASIL, 2002f). Então, no aspecto da demanda, o serviço tem cumprido seu papel assistencial.

Quanto ao número de prontuários abertos e pacientes ativos no CAPS, verificou-se que desde sua inauguração, em agosto/2002, 234 prontuários foram abertos no serviço, dentre eles, 140 pacientes estão ativos e os 94 restantes foram desligados por abandono, alta e/ou encaminhamento para atendimento psiquiátrico no posto de saúde central e óbito.

⁵¹ Demanda, termo usado na área da saúde, para caracterizar o pedido ou exigência, a solicitação de atendimento por uma determinada população. No caso do CAPS, quem está demandando o serviço ou quem está solicitando o atendimento.

Considerando os pacientes ativos, uma média de 104 é atendida mensalmente.

Em relação ao número de atendimentos realizados por categoria profissional/mês em 2004, evidenciou-se que foram realizados 3.662 atendimentos no período de janeiro a novembro/2004 (onze meses), o que equivale à média de 332 atendimentos/mês e 16 atendimentos/dia, ao se considerar 20 dias úteis por mês. Segue a descrição na Tabela 1.

TABELA 1 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS/MÊS E ANO/2004 POR CATEGORIA PROFISSIONAL

FONTE: A PRÓPRIA AUTORA.

Profissionais→ Atendimentos Mês⁵² e Ano 2004 ↓	Assistente Social	Enfermeira	Pedagoga	Psicóloga	Psiquiatra	Total De Atendimentos⁵³ Mês e Ano/2
Janeiro	35	63	41	14	53	206
Fevereiro	12	68	52	56	41	229
Março	47	75	Férias	94	54	270
Abril	35	45	71	92	53	296
Maió	29	41	68	61	50	249
Junho	47	Férias	96	62	44	249
Julho	40	48	100	62	96	346
Agosto	45	68	231	55	63	462
Setembro	40	80	234	54	83	491
Outubro	47	78	182	50	33	390
Novembro	61	70	258	Não teve	85	474
Total de atendimentos por profissional	438	636	1333	600	655	3662

Com relação às atividades desenvolvidas, os sujeitos apontaram as que se seguem:

1. **primeiro atendimento**, trata-se do atendimento inicial, momento em que o profissional de referência⁵⁴ preenche os dados do paciente no prontuário e o avalia para verificar se o caso condiz com a demanda do serviço;
2. **atendimento individual**, caracterizado como um atendimento que pode ser psicoterápico, assistencial, medicamentoso ou de orientação, dependendo do profissional que o executa e da necessidade presente do usuário;
3. **grupos terapêuticos com os pacientes**, esta atividade foi relatada pela enfermeira que desenvolve o grupo de auto-estima e pela psicóloga que é responsável pelos

⁵² De janeiro a novembro/2004.

⁵³ Incluindo os 5 profissionais de nível superior.

⁵⁴ Profissional de referência é aquele que recebe o paciente para o primeiro atendimento no serviço e que possivelmente dará continuidade aos atendimentos como referência para esse usuário.

grupos de qualidade de vida e grupos com pacientes que apresentam transtorno bipolar e depressão;

4. **grupos com os familiares**, esses grupos têm sido desenvolvidos pela assistente social com objetivo de dar suporte terapêutico e orientação,
5. **oficinas terapêuticas**, modalidade de atendimento que, segundo os sujeitos, busca desenvolver habilidades psicopedagógicas, artesanais e artísticas com os pacientes, estando a cargo da pedagoga e de estagiárias;
6. **reunião de equipe**, ocorre semanalmente com objetivo de discutir assuntos administrativos e assistenciais, como por exemplo, os casos de pacientes, entre outros.
7. **assembléia de usuários**⁵⁵, atividade criada em março/2004, considerada como o início para a efetiva organização dos usuários do CAPS II de Palhoça/SC.

Como pode ser evidenciado no Quadro 2⁵⁶ - Atividades realizadas X profissionais:

Profissionais→ Atividades ↓	Assistente social	Enfermeira	Pedagoga	Psicóloga	Psiquiatra
Primeiro Atendimento ⁵⁷	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Atendimento individual	SIM	SIM	—	SIM	SIM ⁵⁸
Grupos Terapêuticos com pacientes	—	SIM - Auto-estima	—	SIM - Qualidade de vida - Transtorno Bipolar - Depressivos	—
Grupos com familiares	SIM	—	—	—	—
Oficinas Terapêuticas	—	—	SIM	—	—
Reunião de equipe	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

QUADRO 02: ATIVIDADES REALIZADAS X PROFISSIONAIS

FONTE: A PRÓPRIA AUTORA.

⁵⁵ A assembléia de usuários não foi citada no Quadro 2 - Atividades realizadas X profissionais devido ser uma atividade facultativa para os profissionais.

⁵⁶ Como foi dito na nota 44, o Quadro 1 encontra-se no Apêndice 3.

⁵⁷ A partir desse atendimento inicial é traçado o projeto terapêutico individual.

⁵⁸ Os atendimentos individuais com a psiquiatra são realizados cada vinte a trinta dias, conforme seu depoimento: “Eu realizo atendimentos individuais com cada paciente, a cada vinte, trinta dias”.

De acordo com o Quadro 2, cada profissional é responsável por uma ou mais atividades, sendo que algumas delas são compartilhadas por todos os membros da equipe enquanto que outras são reservadas a determinadas categorias profissionais. Nota-se que o primeiro atendimento e a reunião de equipe fazem parte das atividades desenvolvidas por todos. Por outro lado, os grupos com familiares e as oficinas terapêuticas são de responsabilidade exclusiva, respectivamente, da assistente social e da pedagoga.

O atendimento individual é desenvolvido por 4 integrantes da equipe (psiquiatra, assistente social, psicóloga e enfermeira), com exceção da pedagoga, que, em compensação, fica totalmente responsável pelas oficinas terapêuticas, enquanto que os outros profissionais não participam das oficinas, a não ser a psiquiatra que, de vez em quando, observa alguns de seus pacientes no momento da participação nas oficinas terapêuticas.

Por fim, os grupos terapêuticos com os pacientes ficam a cargo da enfermeira e da psicóloga. De acordo com a Portaria MS/GM nº 336/02,

a assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2002f).

Ao realizar a análise comparativa entre as atividades realizadas no CAPS II de Palhoça/SC e as atividades recomendadas pela portaria ministerial, verificou-se que o serviço está de acordo com a regulamentação, no que se refere aos seguintes itens: *a) atendimento individual, b) atendimento em grupos, c) atendimento em oficinas terapêuticas e e) atendimento à família.*

Por intermédio dos relatos de Ágata e Esmeralda, evidenciou-se que a equipe técnica enfrenta dificuldades no dia-a-dia para realizar, por falta de recursos humanos e materiais, as outras 3 atividades: *d) visita domiciliar, f) atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social e g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.* Para Ágata, seriam necessários

meios pra fazer visitas freqüentes, pra conhecer essa dinâmica da família junto de alguns, que necessita, de que a gente não precisasse só em situações de crise ou de afastamento prolongado mais que a tivesse meios pra trazê-los pra cá, porque tem alguns pacientes que não basta ter recursos, só o vale-transporte, então que a gente tivesse um meio como um carro que pudesse trazê-los pra cá.

Com base no relato de Ágata, verifica-se que os profissionais realizam *visitas domiciliares*, todavia esta atividade não foi citada no rol daquelas abordadas pelos sujeitos. Isso pode ter sido em função delas não serem exercidas rotineiramente, o que, de certa forma ficou confirmado pelo relatado por Ágata, na medida em que destaca a necessidade de “meios pra fazer visitas freqüentes”. Por sua vez, Esmeralda relatou o que segue,

às vezes eu queria, eu sempre fico falando de caminhada, de exercícios, queria levá-los ao cinema, porque é auto-estima, trabalhar alguma coisa assim, e o município não tem essas coisas, então eu acho que falta muita coisa ainda, às vezes eu quero passar algum vídeo, alguma coisa assim pra eles, visual, porque, às vezes eu fico falando, falando e às vezes não prestam atenção, então eu acho que falta bastante, alimentação, essas coisas que eles não têm, é bem dificultoso.

A partir do relato de Esmeralda, mostrou-se claro que essa profissional reconhece a necessidade de desenvolver *atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social*, como por exemplo, levá-los ao cinema. No entanto, nenhuma atividade específica foi citada pelos demais entrevistados com tal objetivo particular. Mesmo assim, a assembléia dos usuários pode ser considerada como uma atividade que abarca a proposta de “integração do doente mental na comunidade” na medida em que proporciona aos usuários a participação em um grupo que objetiva compartilhar de um ideal comum, o reconhecimento de seus direitos por eles mesmos, pelos seus familiares e pela sociedade.

Em relação às *refeições diárias*, uma ou duas, dependendo se os pacientes são assistidos em um turno (4 horas) ou dois turnos (8 horas), o CAPS II não as tem fornecido e pelo que foi observado durante a realização das entrevistas, tampouco o serviço possui condições infra-estruturais para prover a seus usuários a alimentação preconizada pela portaria ministerial.

Com relação às dificuldades encontradas para a realização do grupo de atividades⁵⁹ desenvolvidas pelos profissionais no CAPS, os sujeitos afirmaram que existem obstáculos, relacionados a: espaço físico inadequado, insuficiência de recursos humanos e carência de recursos materiais. Assim, mostrou-se que os sujeitos atribuíram as dificuldades encontradas

⁵⁹ Ver Quadro 2 – Atividades desenvolvidas X profissionais, p. 48.

para o desenvolvimento de suas atividades a fatores relacionados principalmente à infraestrutura do serviço.

Além das dificuldades referentes à infra-estrutura, Ágata relacionou a evasão de pacientes e maior procura por atendimento em determinados períodos do ano, que é uma demanda sazonal relacionada às características do município, situado na região litorânea do Estado. Esse sujeito da pesquisa afirmou que:

tem uma característica que é própria da região, tem um maior número de procura ao CAPS em determinados períodos, como agora na proximidade do inverno, por quê? Porque essa população basicamente vive da pesca, próximo à praia, então muitos ficam desempregados no inverno, então as crises que também está relacionada com fatores econômicos são mais intensas a partir de abril em diante, a procura é maior, então eles vêm mais regularmente aos grupos. Nessa época, de dezembro até fevereiro/março, há uma evasão total, todo mundo fica bem (ÁGATA).

Além da questão da evasão de pacientes, Ágata citou outra dificuldade referente a recursos humanos, ao questionar: “Com a ausência, férias de um profissional, quem fica?” Afirmou que tem uma estagiária substituindo uma profissional que está em férias: “nesse momento estou com uma estagiária tocando uma oficina que teria que ter um profissional, isso é nossa dificuldade maior, a oficina seria extremamente benéfica se tivesse outros profissionais e a gente não tem”.

Por sua vez, Esmeralda confirmou a opinião de Ágata a respeito da insuficiência de recursos humanos para a realização das atividades e acrescentou o aspecto referente à falta de recursos materiais, conforme o relato a seguir,

falta de material pros grupos, está faltando muita coisa, móveis, vídeo, televisão, a gente não tem nada, o gestor sabe disso, a gente está tentando buscar alguma coisa, porque recursos existem, mas não vem, a gente já fez o pedido, e nada, eles dão uma resposta verbal, mas não chega o material, então isso prejudica muito. Recursos humanos também, porque está faltando profissionais, a equipe aqui é mínima, [...] e o número de usuários está aumentando, aí fica com dificuldades de atendimento (ESMERALDA).

O relato de Sodalita confirmou as dificuldades apresentadas por Esmeralda, uma vez que afirmou existir deficiências de recursos humanos e materiais e que o número de pacientes atendidos no serviço tem aumentado, então, relatou: “recursos, humanos e materiais, humanos é no sentido da equipe, paciente é o que não falta, tem uma população boa, acho que hoje tem em torno de 170 usuários”.

Reforçando os relatos de Esmeralda e Sodalita, constata-se que Safira considera como dificuldades a insuficiência de recursos humanos e materiais e também as dificuldades com

relação ao espaço físico inadequado; Jade, por sua vez, identifica a falta de recursos materiais e espaço físico inadequado. Conforme relatos abaixo:

falta recurso material, o espaço inadequado também e a própria falta de recursos humanos, porque poderia tá sendo desenvolvido mais grupos, mais tem que dar conta dos atendimentos individuais. Esse grupo de qualidade de vida, não tem nada de material, a gente conseguiu com uma doação, o som, tem a parte de relaxamento, eu peço pras pessoas trazerem uma toalha ou uma canga de casa, no inverno é super complicado porque fica frio, falta colchonete, falta som, falta CD pras oficinas, falta todo o material das oficinas, o recurso que vem é muito pouco, não tem nada de recurso, até pra fazer um grupo, por mais simples que seja, até a questão da cadeira, tu tem que correr o CAPS inteiro pra tá catando as cadeiras pra colocar aqui? E ainda são assim, pode ver, são quebradas, com defeitos!(SAFIRA).

as dificuldades mais freqüentes é que falta uma sala pra psicóloga ter que fazer, ela faz exercícios, o grupo dela, eu sei que tem que ser no chão, e não tem nada, é o piso só, e a gente também não tem material adequado pra esses grupos, geralmente como o de auto-estima que é com a enfermeira, ela traz de casa os materiais; a maioria dos materiais da oficina sou eu também que levo ou então uma traz de casa ou a outra (JADE).

As dificuldades evidenciadas pelos sujeitos da pesquisa poderão ser amenizadas à proporção que a equipe intensificar as visitas domiciliares com o objetivo de fazer busca ativa aos pacientes faltantes e diminuir a evasão no período em que houver maior procura por atendimentos, ampliar as possibilidades assistenciais, diversificando-as e realizando acolhimento desses usuários com função de triagem. Sobre a questão do espaço físico inadequado, a equipe técnica, representada por um coordenador, poderá negociar com a SMSDS, pois a planta baixa, encaminhada ao Ministério da Saúde, demonstra uma área física maior do que a existente, além disso, para que seja possível fornecer a alimentação recomendada na Portaria MS/GM nº 336/02, faz-se necessário um refeitório para os pacientes, o que implica em aumento ou adequação da área física.

Quanto à insuficiência de recursos humanos e à carência de recursos materiais, se o município atender às exigências da Portaria MS/GM nº 336/02 e contratar profissionais estabelecidos na mesma, a questão dos recursos humanos poderá ser atendida; quanto aos recursos materiais, é preciso que haja conscientização por parte dos órgãos gestores para suprir as necessidades básicas do CAPS relativas à compra dos materiais para o desenvolvimento das atividades, tais como oficinas e grupos terapêuticos, uma vez que se os problemas apontados não forem superados no esforço conjunto entre gestores, profissionais e sociedade, a prestação de serviço à comunidade poderá ficar comprometida. O quadro se agrava quando associada a essas dificuldades evidenciadas pelos profissionais, ocorre a insuficiência de medicamentos.

Conforme o relato de Ágata, “o CAPS propriamente ele não tem uma farmácia aqui dentro, nós temos algum medicamento pra emergência, pra paciente que faça alguma crise, se é preciso ter alguma intervenção aqui”. O serviço de saúde mental não possui farmácia própria para armazenamento e dispensação de medicamentos a seus usuários e o município tem lhes proporcionado acesso a isso por intermédio da farmácia do posto de saúde central, onde ocorre a dispensação.

Então, quanto ao fornecimento dos medicamentos, Esmeralda e Sodalita relataram que “não é bem o CAPS, a Secretaria, o Posto de Saúde que fornece, mas têm andado faltando alguns medicamentos, principalmente na entrada do ano novo, acho que é falta de licitação”. Sodalita confirmou que o setor responsável pelos medicamentos é “a farmácia do Posto Central”. Por sua vez, Safira afirmou que, embora os medicamentos sejam dispensados pela farmácia do posto de saúde central, os pacientes têm tido acesso aos medicamentos básicos, como haldol e neozine. Esse sujeito da pesquisa confirmou que

tem acesso, mais falta, não é uma coisa que é muito regular, tem épocas que falta, por exemplo, fluoxetina, que é uma medicação que nos outros municípios tá na rede, aqui a gente não tem, e tem pessoas que não aderem a outra, tem outros tipos de antidepressivos, mas o cardíaco não pode usar outro tipo de antidepressivo (SAFIRA).

Sobre a falta ou insuficiência de medicamentos necessários para uma melhor resposta e adaptação de alguns pacientes, principalmente, para aqueles que são cardiopatas e precisam de medicação especial, foi evidenciado também, por Ágata, o seguinte: “nós até solicitamos, já havia compra por licitação da fluoxetina, em função de que tem paciente cardiopata que realmente a indicação é que use esse medicamento, outros poderiam trazer problemas maiores”.

Reforçando a afirmação de Ágata, segue o relato de Esmeralda e Jade:

no momento não tem Neozine de 100mg, nem um tipo, nem em gotas, nem de 25, nem de 100mg e outros, como o Fluofenam, que é injetável, é de depósito, geralmente, é a assistente social e a médica que trabalham no IPQ que estão trazendo estas medicações de lá para os usuários do CAPS (ESMERALDA).

não tem devido à questão financeira do CAPS, porque a gente já tá com essa proposta desde setembro, que eles iam receber o dinheiro e o CAPS iria comprar aquilo que o Posto não cede, porque também são remédios caros, geralmente os usuários não pode comprar e fica uma situação ruim, porque temos o dinheiro e não temos o remédio pra fornecer, fica um impasse meio ruim (JADE).

Evidenciou-se que existe insuficiência por parte da rede de saúde municipal em oferecer os medicamentos necessários aos portadores de sofrimento mental, o que tem

dificultado a assistência uma vez que eles, nem sempre, têm condições de fazer essa aquisição. Apesar das dificuldades encontradas, mesmo o CAPS não possuindo farmácia própria, a equipe, sempre que possível, tem buscado guardar alguns medicamentos para uso em casos de emergência, atendimento de crise e necessidade de intervenção imediata no próprio serviço.

No que diz respeito à existência de cadastro específico para o controle e dispensação dos medicamentos, os profissionais relataram que existe uma lista/relatório com o nome dos pacientes e medicamentos utilizados por eles e que, mês a mês, o serviço a encaminha para a farmácia do Posto de Saúde Central, setor da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, responsável pela dispensação dos medicamentos aos usuários da rede municipal de saúde. Embora exista essa lista dos pacientes com os medicamentos, ainda, existem dificuldades para atender o aspecto da Portaria MS/GM nº 336/02 referente a

realizar e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial (BRASIL, 2002f).

De acordo com a Portaria/GM/MS nº 1.077/99, o “*Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental*” é financiado pelos gestores, federal e estadual, e esses órgãos nem sequer foram citados como responsáveis pela escassez dos medicamentos, o que pode ser atribuído à falta de conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre a existência desse programa que visa a assegurar os medicamentos essenciais aos portadores de sofrimento mental (BRASIL, 2002i). Independente desse programa, conforme a mesma Portaria, “os estados e municípios que se integrarem ao Programa poderão adquirir, de forma complementar, por meio de recursos próprios, outros medicamentos essenciais que julgarem necessários” a fim de suprir as demandas de seus usuários, medicamentos esses em consonância com as exigências da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Assim, supõe-se que, além das dificuldades financeiras do município, a insuficiência de medicamentos pode estar associada à falta de informações dos profissionais do CAPS e também de outros profissionais da SMSDS sobre os medicamentos para a área de saúde mental.

Em relação à existência de algum tipo de controle por parte da equipe do serviço quanto às internações de pacientes, moradores do município de Palhoça/SC, constatou-se que a mesma não exerce essa função, conforme os relatos de Jade, Safira e Sodalita:

no geral não tem controle (JADE).
a gente não tem controle (SAFIRA).

ele vai pra lá (Hospital) ou porque não sabia que existia aqui o CAPS, ou procurou o Posto e o médico do posto encaminhou direto pra lá, porque se trata de uma situação de emergência (SODALITA).

A partir do relato de Sodalita, torna-se claro que os pacientes deveriam ser encaminhados para o CAPS quando são do município de Palhoça/SC, mas nem sempre isto ocorre, porque às vezes o paciente ou o médico do posto não sabe da existência do serviço de saúde mental e, assim, a ocorrência acaba sendo direcionada ao hospital Além disso, Ágata afirmou que o serviço tem adotado o método de atender paciente egresso e estável, o que permite constatar que, em sua experiência, o CAPS recebe somente egressos de hospitais psiquiátricos, e caso o paciente não tenha passado por internações, deve ser atendido em outras instâncias ou a família deverá responsabilizar-se por ele, o que pode ser confirmado pelo relato a seguir:

nós adotamos o critério de atender paciente egresso, então atender paciente compensado, todo paciente que faz um quadro, reagudiza e fica numa situação de crise, nós tínhamos a responsabilidade de tentar lidar com ele, mais esse paciente que ainda não chegou no nosso serviço, a gente tem remetido pra avaliação primeiro, se é um paciente que tá com um risco real que eles avaliem, enfim, que a família assuma a responsabilidade primeiro, depois é que a gente atende (ÁGATA).

Cabe lembrar que o objetivo do CAPS no contexto da Reforma Psiquiátrica local é servir de referência para os portadores de sofrimento mental, tendo vivenciado internações ou não. Como que esses serviços substitutivos poderão prescindir dos hospitais se não atenderem essa demanda de pacientes em crise ou que não foi internada? O relato de Ágata evidenciou que o paciente tem que vir para o serviço substitutivo com um carimbo “sou portador de transtorno mental, já fui internado e agora preciso do CAPS”. Agindo-se desta forma, fica difícil a transformação, a mudança do paradigma manicomial, pois como aborda Gomes (1999 p. 225) “estes serviços buscam promover novas possibilidades de se estar no mundo a partir da premissa de que o destino destas pessoas pode e deve ser outro e que isto diz respeito a todos os envolvidos no campo da saúde mental – clientes, familiares e profissionais”.

Em relação ao controle de internações dos pacientes já atendidos e cadastrados no CAPS, esta investigação constatou que a equipe técnica do CAPS II toma conhecimento das internações psiquiátricas quando o paciente se ausenta do atendimento e a família informa o motivo. Ou, então, quando a intervenção é realizada via Instituto de Psiquiatria (IPQ), visto que duas funcionárias do CAPS trabalham no IPQ e assim, algum tempo depois, descobrem

que o paciente está internado. Os relatos a seguir, de Safira, Esmeralda e Ágata, confirmam a afirmação:

a gente sabe, quando tem uma internação, a gente acaba sabendo mais do IPQ, por conta da gente ter profissionais daqui que tão lá, a própria família tá avisando que a pessoa foi internada, quando a gente tá acompanhando. (SAFIRA).

quando eles são internados, pelo menos a gente tenta, com que a família nos avise, às vezes a gente fica sabendo porque a assistente social trabalha no IPQ, aí é comunicado aqui no CAPS, [...] agora, se a pessoa é internada no Instituto São José e a família não nos avisa, é difícil, aí falta mesmo um controle maior (ESMERALDA).

como eu trabalho lá na Colônia, na prática eu sei que a gente tem evitado internação de pacientes graves que internavam com uma frequência assustadora, de tá mais tempo internado do que em casa, junto com a família (ÁGATA).

Além disso, Sodalita afirmou que a equipe tenta controlar as possíveis internações à medida que faz um bom vínculo com o paciente e com a família, orientando-os para que o primeiro contato, em caso de emergência, seja com a equipe do CAPS, conforme relato a seguir:

a gente procura estabelecer um bom vínculo com o paciente, nos colocamos à disposição, todos os dias para que, em qualquer caso de emergência, haja 1º contato com a nossa equipe. [...] se tem carro a gente vai até a casa vê qual a situação, procura primeiro fazer o atendimento aqui, o 1º atendimento aqui.

Por sua vez, Safira afirmou que dependendo da necessidade, em caso de internações de usuários, a família continua recebendo suporte por meio do grupo de familiares ou até mesmo separadamente:

A família continua recebendo suporte, tem o grupo de familiares, se é preciso fazer um atendimento individual com a família, individual não, particular com a família, é feito, se é preciso dar alguma orientação, até como tá lidando com a internação e tal, é feito, e na medida do possível, esses profissionais que trabalham no IPQ também vão trocando informações com as pessoas que trabalham lá, ou mesmo, se podem, fazem alguma visita pra ter um acompanhamento mais de perto.

No entanto, Ágata e Jade admitiram que a própria equipe, às vezes, encaminha pacientes para internação em hospitais da região, o que evidencia uma insuficiência terapêutica por parte do CAPS, podendo supor que o serviço não está conseguindo atender aos pacientes em crise e, em função disso, tem sido utilizada a prática de internação psiquiátrica. O que pode ser evidenciado pelos relatos a seguir:

nós mesmos, existem algumas situações, por N razões, questões às vezes culturais mesmo da família ainda não ter entendido a importância de estar presente junto ao tratamento aqui, de buscar a internação numa situação mais grave, sem tentar contornar, e alguns que acabam chegando num estágio tão grave, sintomas tão gritantes que a gente, por mais que tu possa medicar, tu não vai conseguir, uma situação de risco iminente mesmo, aí a gente tem pedido auxílio, preferencialmente ao IPQ (ÁGATA).

quando ocorre uma situação que é muito grave, que a gente vê assim, que tem que ter uma estabilidade no momento, então a gente procura fazer um encaminhamento lá pro IPQ ou pra Clínica São José, mais tem todo um encaminhamento e um acompanhamento da equipe (JADE).

Assim, no que diz respeito ao controle de internações, verificou-se que a existência do CAPS II em Palhoça/SC tem contribuído para a redução de internações psiquiátricas no âmbito do seu território, o que é de fundamental importância, considerando-se isso um indicador na área de saúde mental. Ao mesmo tempo, constatou-se que existe contradição nesse fato, porque, conforme relatos de Ágata e Jade, às vezes, recorre-se a intervenções hospitalares.

Nesse sentido, evidencia-se, além de contradição, insuficiência do serviço em exercer o controle de internações referentes à sua clientela e à demanda espontânea do município, já que, conforme recomendações da Portaria MS/GM nº 336/02, o serviço deve “possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito de seu território e/ou módulo assistencial definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local” e também: “Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002f).

Pode-se atribuir a discordância entre o funcionamento do CAPS II de Palhoça/SC e as normas estabelecidas pelo documento ministerial à recente implantação do serviço, à falta de suporte à equipe para que possa lidar com os casos graves, à ausência de recursos físicos, materiais e humanos, para a realização de intervenções no próprio CAPS, em situações de crises, como por exemplo, leitos de observação e medicamentos.

Uma vez identificada a *organização assistencial* do CAPS, considera-se de fundamental importância discorrer sobre o processo de referência e contra-referência para entender como o serviço de saúde mental se inter-relaciona com os demais serviços da rede de saúde municipal.

4.1.5 CATEGORIA ESPECÍFICA: O CAPS NO CONTEXTO DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL

Esta categoria específica, o CAPS no contexto da rede de saúde municipal, constituiu-se a partir das informações do *processo de referência e contra-referência* do CAPS em relação aos serviços e programas de saúde da rede pública municipal, tendo como definição de referência e contra-referência “um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações, gerenciais e tecnológicas, por meio dos diferentes níveis do sistema” (MENDES, 1996, p. 277). A respeito desse assunto, as respostas dos sujeitos da pesquisa foram diversas, o que pode ser confirmado pelos relatos e comentários a seguir.

Para Ágata, “existe” um processo de referência e contra-referência do CAPS em relação a outros serviços de saúde municipal, contudo acrescentou que, muitas vezes, outros profissionais de saúde procuram o serviço de saúde mental, não tendo clareza, exatamente, da forma que ocorre o trabalho, ou seja,

quem é essa clientela que a gente atende, eles tinham a visão de que o CAPS atende situação emergencial, que qualquer situação que surgisse nós já iríamos tá absorvendo e nesse momento o nosso CAPS não tem estrutura pra isso.

Enquanto, Esmeralda percebe a referência e/ou contra-referência do CAPS em relação a outros serviços de saúde do município com a afirmação:

é muito pequeno, porque tem uma dificuldade muito grande de comunicação, às vezes, as pessoas não entendem o que é o CAPS, o próprio PSF, até o Posto aqui do lado mesmo, o pessoal da saúde não sabe nem o que significa o CAPS.

No entanto, Sodalita considerou o Posto de Saúde Central como um dos serviços em que ocorre a interação de referência e/ou contra-referência, ao dizer que o CAPS “integra com a clínica médica quando precisa de uma avaliação, alguma avaliação psicológica também”. Para Safira, os profissionais do CAPS buscaram articulações com a equipe do PSF e com os agentes comunitários de saúde, afirmação evidenciada no relato a seguir,

o enfermeiro entra em contato com o Posto de Saúde mais próximo, fala com o agente comunitário de saúde pra verificar se a pessoa, como é que ela está, qual o estado, isso fica mais pro pessoal da enfermagem, mas acho que deu uma esvaziada nisso, porque era uma coisa que muito a gente que tinha que fazer, não tem uma troca, assim deles.

Em relação à referência e à contra-referência entre o CAPS e o PSF, Ágata demonstrou opinião diferente de Safira, afirmando que,

no início a gente tinha claro que o CAPS deveria dar um suporte pro PSF,

Programa de Saúde da Família, com relação à capacitação desse pessoal que tá atendendo, identificando alguma situação, pra auxiliar e também pra ter um retorno deles de muitos casos que a gente possa tá acompanhando [...], de concreto isso ainda não aconteceu.

Ao passo que para Jade, “os encaminhamentos são do IPQ (Instituto de Psiquiatria) ou então do Hospital Psiquiátrico São José, e a referência tem que vir com um encaminhamento pra gente poder atender [...]”. Com base nos relatos, constatou-se que existe pouca interação entre o CAPS e a equipe do PSF, além disso, nem sempre os profissionais de saúde da rede municipal possuem informações sobre a proposta de atendimento do serviço de saúde mental. A equipe interagiu com o PSF e com os agentes comunitários de saúde por intermédio do enfermeiro, que buscava contato com as equipes para se informar sobre a situação de determinados pacientes. No sentido inverso, do PSF para o serviço de saúde mental, não foi citado nenhum exemplo de contra-referência.

Outro serviço da rede municipal de saúde citado por somente um entrevistado foi o Posto de Saúde Central, o que permitiu evidenciar que, de vez em quando, esse profissional encaminha pacientes para a realização de alguma avaliação por parte da clínica médica, tendo esse serviço como referência. Do Posto Central para o CAPS não foi mencionado se ocorre encaminhamento ou mesmo retorno dos casos referenciados para lá, percebendo-se assim que a contra-referência não é reconhecida pelos profissionais desse serviço.

A partir dos relatos referentes à referência e contra-referência, verificou-se que a troca de conhecimento é inexistente. Com objetivo de discutir essa questão, pergunta-se: Por que relacionar supervisão/capacitação com referência/contra-referência? O raciocínio é: se houvesse supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, PSF ou outros serviços e programas de saúde do município, por parte da equipe do CAPS, a fim de prestar esclarecimentos e informações sobre o referido serviço, certamente a realidade de Palhoça/SC, em relação à referência e contra-referência, poderia ser diferente. De acordo com o referencial teórico, uma das características do CAPS II deve ser a de “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial⁶⁰”.

Os relatos apresentados permitem supor que a referência e a contra-referência existente do CAPS, em relação a outros serviços da rede de saúde municipal ou mesmo com outros recursos comunitários, ainda se encontram incipientes, com exceção dos hospitais psiquiátricos da região da Grande Florianópolis. E esse não é o propósito do serviço

⁶⁰ Ver item 2.5 Centro de Atenção Psicossocial, informação presente na citação da Portaria MS/GM nº 336/02.

substitutivo, ao contrário, o objetivo do CAPS é prescindir da rede hospitalar como recurso assistencial para os portadores de transtornos mentais no campo da saúde mental.

A finalidade e a pretensão do CAPS estão na possível articulação sociocultural para possibilitar avanços diariamente rumo à desinstitucionalização da assistência e das idéias. Conforme Lobosque (2001, p. 30), “estes diversos equipamentos, ações, dispositivos, combinam-se uns com os outros numa rede que possibilitará inúmeras figuras; a rede se articula de forma a criar todo um trânsito possível e necessário na família como na cidade, na cultura como na política, tendo sempre o mundo como direção”.

Desse modo, no que diz respeito à referência e contra-referência, seria conveniente que a equipe do CAPS, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, criasse um plano de ação com objetivo de desenvolver a capacidade técnica operacional do serviço para organizar a rede de cuidados em saúde mental e, conseqüentemente, desempenhar o papel de regulador da porta de entrada assistencial, segundo orientação da Portaria MS/GM nº 336/02. Além disso,

é necessário garantir a implantação de serviços comunitários de saúde mental integrados aos programas de atenção básica e à rede geral de serviços, utilizando-se das estratégias mais adequadas a cada região/território no intuito de superar o modelo tradicional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001, p. 39).

A implantação do acolhimento em saúde mental no CAPS e também nos postos de saúde locais pode constituir numa estratégia interessante a ser viabilizada pela Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. Para tanto, a equipe do CAPS em parceria com a SMSDS deverá utilizar um protocolo de atendimento para receber os pacientes que chegarem a essas unidades necessitando de assistência na área de saúde mental. Assim, os profissionais dessas unidades, encarregados do acolhimento, deverão ter conhecimentos básicos sobre os transtornos mentais como subsídio para essa atividade e para que possam realizar o encaminhamento à assistência especializada do CAPS. Assim, os casos graves⁶¹, que não tenham procurado o atendimento no serviço, serão a ele direcionado para re/avaliação e cadastramento.

Sob esse ponto de vista, o CAPS II deixará de atender somente aos egressos de hospitais psiquiátricos⁶² e poderá funcionar como um serviço que, além de buscar prescindir do hospital psiquiátrico, estará efetivamente evitando as internações daqueles pacientes que se

⁶¹ Os casos graves são entendidos como aqueles que necessitam de intervenção imediata, pacientes em surto e que envolvam risco de vida para si ou para outrem.

⁶² Constatou-se que o CAPS II de Palhoça/SC tem atendido somente egressos de hospitais psiquiátricos.

enquadram em sua clientela e que não receberam assistência na modalidade hospitalar. Para o desenvolvimento desse plano de ação, os profissionais do CAPS deverão estar aptos, segundo a Portaria MS/GM nº 336/02, a “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002f). Como poderá o CAPS supervisionar as equipes do PSF, dentre outras equipes de saúde, se o próprio serviço não receber prévio suporte técnico?

Essa estratégia criará condições para o fortalecimento da relação do CAPS com o PSF e com a atenção básica do município. Por se tratar de um trabalho conjunto, todas as unidades da rede de saúde do município de Palhoça/SC deverão exigir o retorno dos casos referenciados para o atendimento em saúde mental a fim de consolidar o fluxo de informações entre os profissionais responsáveis pelos atendimentos e o acompanhamento dos pacientes, efetivando assim a referência e contra-referência no município.

Embora o objetivo desta categoria fosse discorrer a respeito do CAPS no contexto da rede de saúde municipal, a título de complementação, sobre a questão da referência e contra-referência do CAPS em relação a outros municípios da região, evidenciou-se que ele presta assistência exclusivamente aos pacientes de Palhoça/SC e não funciona como referência de atendimento para outros locais. Há exceção nos casos em que os usuários são encaminhados pelos hospitais psiquiátricos, mesmo assim, geralmente, são pacientes de Palhoça que estiveram internados fora do domicílio.

A partir da constatação de como ocorreu a implantação do serviço, a constituição da equipe técnica e seu perfil, a maneira que se tem estruturado a organização administrativa e assistencial e, ainda, o processo de referência e contra-referência do CAPS, passa-se à apresentação da categoria II – Concepções Norteadoras da Reforma Psiquiátrica.

4.2 CATEGORIA GERAL II – CONCEPÇÕES NORTEADORAS DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Esta categoria, *Concepções Norteadoras da Reforma Psiquiátrica*, foi elaborada com o objetivo de identificar o conhecimento dos profissionais sobre a desinstitucionalização, serviços substitutivos, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial. e discutir sobre tais assuntos, com base no referencial teórico proposto, tendo em vista que são de fundamental importância no contexto da Reforma Psiquiátrica.

A *Desinstitucionalização* é uma concepção que aplicada à experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana serviu de estímulo para a brasileira, por intermédio da construção de

redes de *Serviços Substitutivos*, que têm proporcionado a reorientação da assistência aos portadores de sofrimento mental, com base no modo de *Atenção Psicossocial*, em oposição ao modo manicomial. A *Reabilitação Psicossocial*, por sua vez, busca atender às demandas singulares de cada um, a fim de possibilitar a adaptação dos usuários em suas vidas e suas reinserções no meio social, independente do transtorno mental.

4.2.1 CATEGORIA ESPECÍFICA: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A concepção de desinstitucionalização proposta pelo psiquiatra italiano Rotelli (1990) tem servido de referência para a Reforma Psiquiátrica no Brasil e apresenta como características principais a construção de uma nova política de saúde mental, a centralização do trabalho terapêutico com os pacientes a fim de potencializar suas vivências, como sujeitos ativos, não objetos na relação com a instituição, e a construção de estruturas externas que sejam totalmente substitutivas às internações em hospícios.

Na década de 1980, teve-se a experiência de desinstitucionalização no município de Santos/SP através da intervenção na Casa de Saúde Anchieta pela Secretaria de Saúde desse município. Essa experiência possibilitou a construção de uma política de saúde mental local, baseada na criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, entre eles, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), associações e cooperativas.

No entanto, o que os profissionais da rede de serviços substitutivos conhecem sobre esse assunto referente à Reforma Psiquiátrica? A fim de evidenciar o conhecimento que profissionais de saúde mental possuem sobre a desinstitucionalização, a seguir serão apresentados e discutidos os conteúdos relatados pelos sujeitos da pesquisa que expressaram suas opiniões a respeito do tema como sendo:

criar uma estrutura, a nível nacional, que dê conta de atender essa população que tá institucionalizada, uma reformulação (ÁGATA).

O CAPS pode ser um primeiro passo pra eles [os pacientes] tá retomando mais as rédeas das suas vidas (SAFIRA).

tirar do paciente o rótulo de doente mental, propor uma atividade em que ele seja ativo, um cidadão ativo, não excluir, fazer da atividade uma proposta terapêutica (SODALITA).

Embora Esmeralda e Jade tivessem se omitido em relação à elaboração de algum significado para a desinstitucionalização, nesta etapa de investigação, constatou-se que os 3 sujeitos da pesquisa que apresentaram suas opiniões, relacionaram as significações com a

possibilidade de reformulação. Eles reconheceram que o CAPS, como serviço substitutivo ao modelo manicomial, pode e deve ser considerado um caminho a ser trilhado pelos usuários rumo à autonomia e à cidadania, pois deve envolver propostas de atividades terapêuticas em que os pacientes possam sentir-se ativos, participativos, não excluídos de seus convívios sociais.

Além desse caminho que os usuários podem percorrer, o CAPS poderá contribuir para o processo de desinstitucionalização, ao servir de meio de interlocução entre os profissionais, os usuários e a comunidade, porque como serviço substitutivo ao manicômio, como recurso assistencial no meio da desinstitucionalização, possui uma característica peculiar que é ter portas abertas, portas que se abrem e se fecham, não ficam trancadas, possibilitando esse intercâmbio, essa troca, esse convívio, enfim, esse ir e vir, quando e da maneira que se fizer necessário. Assim, os usuários podem e devem buscar esse local de referência, não somente nos momentos de crise, como também em momentos de produção, uma vez que a desinstitucionalização, assim como a reabilitação psicossocial e a atenção psicossocial, envolvem uma prática que reconhece as potencialidades e os direitos dos portadores de sofrimento mental em receberem um cuidado efetivo e digno e em que são respeitados os seus direitos e as suas diferenças.

O relato de Sodalita, ao sugerir que a desinstitucionalização trata de propor uma atividade terapêutica em que o paciente seja um cidadão ativo, confirmou uma das principais características desta categoria específica apontada por Rotelli (1990, p. 36), ou seja, “a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos ‘doentes’, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição [...]”.

Em outro momento sobre a desinstitucionalização, Safira demonstrou mais familiaridade com o termo institucionalização, no lugar do termo desinstitucionalização, ao acrescentar que “é tudo um processo cultural, de ter um hospital psiquiátrico como única referência, única forma de tratamento [...]”. Com base nessa parte de sua afirmação a respeito da desinstitucionalização, ficou evidente que esse profissional parece ter confundido os termos desinstitucionalização com institucionalização, permitindo concordar com Grigolo (1995, p. 40) quando afirma que,

a tarefa de desinstitucionalização ou de desconstrução dessa cultura e prática manicomial não é simples: não se trata de adaptar a loucura a uma sociedade que permanentemente questionamos, nem se trata de modernização na assistência ao sofrimento psíquico. Trata-se do questionamento incansável sobre os modos de produção desse sofrimento, dos processos hegemônicos

de subjetivação e de sociabilidade a que todos estão submetidos.

Então, mais do que a criação de estrutura, dos serviços substitutivos, para que se consiga avançar no processo de desinstitucionalização, torna-se imprescindível desenvolver atividades educativas sobre o adoecer psíquico direcionadas à sociedade com objetivo de trabalhar outras frentes sociais e aos poucos conseguir desmistificar a loucura e os sujeitos “loucos”. Essas pessoas, por serem portadores de sofrimento mental, não deixaram de ser capazes de vivenciar suas subjetivações pessoais e culturais dentro da sociedade que as nega e as exclui enquanto diferentes. Amarante (1995, p. 494) define a desinstitucionalização como

este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo.

Tornou-se claro que as significações de Ágata, Safira e Sodalita apresentaram consonância com a definição de Amarante (1995), na medida em que identificaram como características do processo de desinstitucionalização, a reformulação, a possibilidade dos pacientes adquirirem autonomia, a cidadania e a participação social, ou seja, os direitos como cidadãos.

Com relação à maneira que o CAPS poderia contribuir para o processo de desinstitucionalização, dos 5 entrevistados, dois deles, Esmeralda e Jade, apresentaram dificuldades em identificar, enquanto Ágata, Safira e Sodalita afirmaram o seguinte:

[...] recebendo toda essa demanda que é encaminhada, tá atento à necessidade desses indivíduos, evitando que eles façam novas crises e que se faça necessário novas internações [...] (ÁGATA).

ajudando a mudar essa visão da saúde mental, a visão de como lidar com transtorno [...], a pessoa, ela tem que aprender a se conhecer melhor, a tá lidando, ela não é só isso [referiu-se à doença], de poder tá se sentindo mais responsável, de tá lutando mais pelos seus direitos, assumindo mais a sua vida (SAFIRA).

na medida que evita internação, o paciente vem aqui, entra, sai a hora que quiser, as portas tão abertas [...] (SODALITA).

A partir desses relatos, evidenciou-se que o CAPS contribuirá para o processo de desinstitucionalização, ao atender às necessidades de seus usuários, ao ser capaz de evitar re/internações, ao funcionar como local de apoio, ao acolhê-los e, acima de tudo, ao ser um espaço de referência assistencial para os portadores de sofrimento mental, possibilitando-lhes a se sentir com condições para lutar pelos seus direitos. Particularmente, a afirmação de Ágata

pode ser confirmada por Rotelli (1990, p. 31) quando evidencia que

os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc. (ROTELLI, 1990, p. 31).

Para o CAPS atender a toda demanda e evitar novas crises e internações, essa instituição depende fundamentalmente dos técnicos e da infra-estrutura física e material. A ênfase de Safira foi na questão da mudança de paradigma sobre a saúde mental e sobre o transtorno mental, afirmando também que no CAPS os usuários poderão sentir-se aptos para lutar pelos seus direitos e assumir suas vidas. Sodalita, por sua vez, compartilhou opinião com Ágata, ao abordar a redução de internações e reconhecer o CAPS como local com portas abertas para proporcionar apoio, suporte, acolhimento e referência a seus usuários. Essa afirmação vai de encontro à afirmação de Rotelli (1990, p. 32-33, grifo nosso),

no trabalho de desconstrução do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; **abrir as portas**; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

Observa-se que a equipe do CAPS demonstrou em seus relatos que a proposta de desinstitucionalização estabelece uma forma de lidar com os usuários, pautada na compreensão, no respeito às suas vontades e no entendimento de suas diferenças, em oposição ao hospício, onde todos são vistos como iguais, incapazes, sem vontade e sem autonomia. Amarante (1995, p. 494) descreve que

desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não lhe administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico.

As características relatadas pelos sujeitos da pesquisa e discutidas à luz do referencial teórico têm relação com a proposta dos serviços substitutivos, que constitui o próximo tema a ser abordado.

4.2.2 CATEGORIA ESPECÍFICA: SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

A partir da necessidade de construir uma rede de cuidados ao portador de sofrimento mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, os serviços substitutivos foram concebidos em consonância com os princípios da desinstitucionalização e com a finalidade de contribuir para a transformação da realidade assistencial e cultural na área de saúde mental. Assim, tais serviços representam concretamente a possibilidade de mudança de paradigma nesse campo do conhecimento.

A respeito desse tema, evidenciou-se que os sujeitos da pesquisa reconhecem os serviços substitutivos como dispositivos assistenciais na área de saúde mental e como uma modalidade de assistência terapêutica diferente das intervenções baseadas em internações psiquiátricas. O que pode ser confirmado nos relatos a seguir:

é um serviço onde ela [a pessoa] possa procurar esse apoio que precisa por ter um transtorno, e que não seja internação, que ela venha aqui [no CAPS], que busque esse apoio, mas que depois sai, tem outra atividade fora (SODALITA).

esses outros programas pra que eles [os pacientes] não fiquem só lá no hospital e só tomando remédios (JADE).

é um serviço diferente do antigo, que tá substituindo ou melhorando um atendimento antigo, como o PSF (ESMERALDA).

os CAPS, as Residências Terapêuticas, hospitais gerais [...] unidade que possa tá atendendo situações de crise, as próprias universidades, outros grupos de auto-ajuda, unidades que são diversas, que possam tá atendendo o indivíduo em todos aspectos da vida dele, não mais centrado nos hospitais psiquiátricos (ÁGATA).

o caminho é esse, de tá mudando, a tendência é que eles comecem a funcionar, que eles se estruturam melhor pra realmente funcionarem como substitutivos (SAFIRA).

Os relatos demonstraram que os serviços substitutivos são unidades onde o usuário pode contar com apoio independente da internação hospitalar, que a assistência não deve se restringir à utilização de medicamentos e que esses locais, além de atender situações de crise, buscam prestar auxílio a seus usuários em vários âmbitos de suas vidas, como exemplo, o social. Sodalita enfatizou o sentido de lugar de apoio para serviços substitutivos, afirmação esta corroborada por Nicácio (1994 apud AMARANTE, 1995, p. 83), quando afirma que "a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isso, tem múltiplas valências terapêuticas [...]".

Enquanto, a afirmação de Jade é que serviços substitutivos são serviços/programas

assistenciais que utilizam outras abordagens terapêuticas, além dos medicamentos, o que é confirmado por Anaya (2001, p.7), quando descreve que os serviços substitutivos “têm como objetivo dedicar um tratamento mais humano e digno a seus usuários, possibilitando assim a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e asilar”.

Esmeralda demonstrou conhecimento elementar nessa área ao restringir os serviços substitutivos àqueles serviços diferentes dos “antigos”, utilizando, como exemplo, o PSF. No entanto, segundo Souza, M. (2002, p. 43), os serviços substitutivos são “novos espaços assistenciais, que objetivam pôr fim ao silenciamento e à exclusão que milhares de pessoas trazem do chamado ‘tratamento nos hospitais psiquiátricos’”. A afirmação da autora faz pensar que independente de ser um espaço específico da saúde mental ou não, o papel dos serviços considerados substitutivos deve contribuir para um modo de cuidado/assistência a essas pessoas, em que elas possam ser incluídas, ouvidas e respeitadas, em oposição ao tratamento hospitalar.

Para Ágata, serviços substitutivos são os serviços da área de saúde mental. Já Safira argumentou que esses serviços necessitam estar bem organizados, melhor equipados para que possam vir a funcionar como serviços substitutivos à assistência hospitalocêntrica. De acordo com a Conferência Nacional de Saúde Mental (2002, p. 38), os serviços substitutivos são unidades de atendimento em saúde mental que “devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe”.

Assim, entende-se que a argumentação de Safira faz sentido quando suas palavras são relacionadas com as necessidades básicas que os serviços substitutivos têm para que possam cumprir seus papéis assistenciais, suas funções sociais e atender ao preconizado pelos teóricos e documentos normativos, ou seja, não basta abrir, criar, implantar um CAPS sem investimentos precisos, principalmente, material e humano. Com o objetivo de assistir a suas demandas dignamente, garantir o vínculo entre profissionais, usuários e, conseqüentemente, possibilitar avanços para a desconstrução do modelo asilar, tornam-se imprescindíveis tais investimentos.

As definições de serviços substitutivos possuem suas peculiaridades, mas, ao mesmo tempo, as características essenciais continuam sendo similares, tendo em vista o espaço de acolhimento que proporciona o vínculo entre a equipe profissional e os usuários, que possibilita o resgate de autonomia e contribui para a transformação das relações entre profissionais e usuários e entre usuários e sociedade.

Em relação à avaliação dos sujeitos da pesquisa sobre os serviços substitutivos, eles

foram a favor da existência desses serviços, particularmente dos CAPS, conforme relatos a seguir:

bem positivos, vale investir, e funciona se tiver boa vontade política (ESMERALDA).

são essenciais, na prática os CAPS têm conseguido de alguma forma, em erros e acertos aprender a lidar com as dificuldades, tão trabalhando cidadania, tão dando conta e evitando reinternações, a gente já tem conseguido evitar internações (ÁGATA).

completamente favorável, no CAPS, ele [o paciente], se sente útil, ele tem uma função, ele vem pra cá, ou ele prepara o material pra oficina, ou ele faz um café, ou fica encarregado do rádio. Acho que ele se sente, não exclusivo, ele se mantém funcional, [...] ele opina, [...] ele escolhe, ele propõe, ele interage, não fica à mercê do que a gente colocar (SODALITA).

Os relatos de Ágata e Sodalita, nos quais afirmaram, respectivamente, que na prática o CAPS tem conseguido lidar com as dificuldades, trabalhar cidadania, evitar internações e que o paciente sente-se útil, ativo, participativo, vai ao encontro do que foi estabelecido pelo Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental:

é fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução, de institucionalização e/ou cronificação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 24).

Os comentários de Jade e Safira estão em sintonia com os objetivos recomendados pelo documento produzido pelo Ministério da Saúde, no qual é proposto que haja o compromisso do CAPS “com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis” (BRASIL, 2002g). Para os dois sujeitos da pesquisa:

esse serviço, ele evita muitos acontecimentos que não precisaria acontecer, esses trabalhos fazem com que a pessoa volte à sociedade exercendo seus direitos, seus deveres (JADE).

espero que ele possa ter uma infra-estrutura melhor, que ele consiga desenvolver o objetivo que é está fazendo todo esse acompanhamento dos usuários, está fazendo a inclusão social, está trabalhando pra desenvolver a cidadania (SAFIRA).

Observa-se que a expectativa de Jade e Safira é que os serviços substitutivos funcionem como espaços de convivência, com condições de valorizar o usuário e ajudá-lo no processo de inserção social como cidadão.

Contudo, os serviços substitutivos devem ter como referência para seus projetos assistenciais a concepção de desinstitucionalização, que preconiza uma nova política de saúde mental, a construção de estruturas externas substitutivas aos manicômios e, principalmente, o desenvolvimento de um trabalho terapêutico que potencialize as vivências dos usuários como sujeitos ativos e não como objetos. Assim, os serviços substitutivos estarão contribuindo para os avanços da assistência aos portadores de sofrimento mental e desconstrução do modelo manicomial.

Quanto à existência de outros tipos de serviços substitutivos no município, 4 profissionais, Ágata, Esmeralda, Jade e Safira, entre os 5 entrevistados, informaram que não existem outros serviços substitutivos municipais, e 1 deles, Sodalita, considerou o ambulatório de saúde mental⁶³ como sendo um serviço substitutivo. Segundo Sodalita, o ambulatório de saúde mental funciona no Posto de Saúde Central⁶⁴, e “os pacientes não têm história de internação, são transtornos mais leves, de ansiedade, depressão leve”. As respostas dos sujeitos devem estar de acordo com suas experiências profissionais.

Constatada essa realidade, o fato do município não possuir, além do CAPS, outros dispositivos assistenciais substitutivos às práticas manicomiais, é possível dizer que a implementação da Reforma Psiquiátrica no município encontra-se em fase inicial, e a assistência aos portadores de sofrimento mental restringe-se ao próprio CAPS II.

Quando os profissionais foram questionados sobre a existência de residência terapêutica ou lar abrigado no município, os 5 entrevistados negaram a existência, em Palhoça/SC, dessas outras possibilidades de cuidado aos portadores de sofrimento mental, substitutivas ao modelo manicomial. Dentre as modalidades de serviços substitutivos que os 5 entrevistados conheciam, todos mencionaram os CAPS; 2 deles, Ágata e Sodalita citaram os NAPS e Sodalita incluiu, também, os Alcoólatras Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA); 1 deles, Esmeralda, citou o PSF e, por último, Safira referiu-se aos CAPS II, CAPS III, Hospital-dia e Residência Terapêutica, mas lembrou que na prática não conhecia os demais serviços aludidos, a não ser o próprio CAPS II. Por intermédio desses dados fica comprovado que os profissionais do CAPS II de Palhoça identificam como serviços substitutivos qualquer tipo de assistência extra-hospitalar, independente de ser da área de saúde mental ou não.

Para concluir, Safira afirmou que o serviço substitutivo está funcionando na teoria, não vê o CAPS como substitutivo e sim como alternativo, ao relatar o seguinte:

⁶³ Os profissionais que atendem no referido ambulatório de saúde mental são 1 psiquiatra e 1 psicólogo.

⁶⁴ O Posto de Saúde Central está localizado próximo ao CAPS II.

Eu acho que o serviço substitutivo tá funcionando mais na teoria, eu não vejo o CAPS, como um serviço substitutivo, ele acaba sendo mais um serviço alternativo, do que substitutivo, porque ele não dá conta, se o CAPS estivesse bem estruturado, em todos os municípios, eu acho que poderia considerar o CAPS como um serviço substitutivo, mas pelo menos nessa realidade da Palhoça, eu acho que aqui é um serviço alternativo, por enquanto não tem a menor pretensão de tá sendo substitutivo.

Independente de ser substitutivo ou alternativo, na teoria ou na prática, Corbisier (2000, p. 281) afirma que,

nos últimos anos, multiplicaram-se as iniciativas de implantação de serviços que se baseiam nos princípios da reforma psiquiátrica. Por todos os cantos do Brasil, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) vêm sendo implantados como serviços substitutivos ao hospital, como preconiza a reforma.

Sendo assim, as implantações de CAPS/NAPS em todo o território nacional e as iniciativas locais mesmo que incipientes têm demonstrado a intenção de atender os preceitos da Reforma Psiquiátrica e contribuir para a reorientação do modelo assistencial no campo da saúde mental, pautada na atenção psicossocial.

4.2.3 CATEGORIA ESPECÍFICA: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A atenção psicossocial contempla um paradigma no campo da saúde mental com vistas à reorientação de seu modelo de atenção e a um cuidado integral ao portador de sofrimento psíquico.

Quanto a esse tema, entre os 5 entrevistados, 2 deles, Ágata e Safira tiveram opiniões semelhantes ao expressarem o significado de atenção psicossocial como:

é atender ao indivíduo em todos os aspectos da vida dele, da forma mais abrangente possível, todos esses outros fatores, psicológicos, emocionais, sociais, eles tão diretamente relacionados no desencadear de um transtorno e todos os profissionais são importantes, a medicação é importante, mais medicação por si só não dá conta (ÁGATA).

é trabalhar com a saúde mental podendo ver a pessoa numa forma mais global possível, de não está focado só num diagnóstico, num transtorno, mas em toda a rede que compõe a estrutura da pessoa, tipo a família que vai interferir, os aspectos psicológicos, os aspectos sociais que tão envolvidos, é uma visão assim da saúde mental de uma forma mais ampla (SAFIRA).

Os relatos acima são confirmados por Costa-Rosa (2000, p.154) quando enfatiza que na abordagem de atenção psicossocial preconiza-se “psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação”.

Outros dois entrevistados, Esmeralda e Sodalita, evidenciaram aspectos sociais e associaram atenção psicossocial à reintegração sociofamiliar:

é uma atenção voltada pra área psicológica, área social (ESMERALDA).

ver a atividade social como um caminho, uma possibilidade de saúde mental, no caso do CAPS, por exemplo, é tentar integrar essas pessoas à sociedade, à família, ao trabalho e também à parte psicológica de cada um dos usuários (SODALITA).

No entanto, Jade não elaborou nenhum conceito para Atenção Psicossocial. Sendo assim, nos relatos de Ágata, Esmeralda, Sodalita e Safira, evidenciou-se que a atenção psicossocial é entendida como um modo de atenção que reconhece o portador de sofrimento mental além de seu diagnóstico, que os cuidados em saúde mental devem ultrapassar o limite dos medicamentos e enfatizar os aspectos psicológicos e sociais da vida do usuário.

A atenção psicossocial pode ser definida como um modo de cuidado em saúde mental que propõe práticas terapêuticas que criem condições para assistir ao paciente, ao usuário em sua integralidade, tanto como ser individual quanto social e não meramente como uma doença psiquiátrica.

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 34),

é possível indicar que a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão.

A partir da maneira de acolher o portador de sofrimento psíquico, a atenção psicossocial propõe uma prática assistencial em que seja possível cuidar (do) e enxergar (o) usuário de modo contrário ao modo manicomial, o que caracteriza uma diferença fundamental entre essas formas assistenciais. O modo psicossocial busca respeitar as peculiaridades individuais, permitir ao paciente crescimento psicossocial para que consiga resgatar sua autonomia e viver em seu meio sócio-familiar como um cidadão comum, característica também da reabilitação psicossocial.

4.2.4 CATEGORIA ESPECÍFICA: REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Para concluir a apresentação dos resultados e a discussão a respeito das concepções norteadoras da Reforma Psiquiátrica, inicia-se esse tema com o exemplo da experiência de reabilitação psicossocial do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, antiga instituição

psiquiátrica filantrópica da comunidade de Sousas, em Campinas/SP, que desde 1990 iniciou um processo de mudança e reorientação do modelo e concepção assistencial.

Segundo Valentini (2001, p. 13), “a responsabilidade compartilhada representada pelo convênio de co-gestão, aprovado em lei municipal de maio de 1990, revelou-se grande oportunidade para se proceder a mudanças no velho hospício do arraial de Sousas”.

Iniciada a co-gestão com a prefeitura municipal de Campinas/SP, o hospital psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira deixou de ser um hospital e tampouco um “serviço”, passou a ser “um conjunto de serviços ou projetos, complementares entre si e da rede municipal de saúde, articulados pelo conceito da habilitação ou reabilitação psicossocial” (FONSECA, 2001, p. 25).

Tendo em vista a criação de residências terapêuticas na comunidade, bem como de outros espaços de cuidado terapêutico aos portadores de sofrimento mental, essa experiência tem servido de referência nacional e possibilitado a reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários do serviço ao cotidiano, principalmente por respeitar seus direitos: ao lazer, à arte, à cultura, à educação e ao trabalho. O fato das oficinas terapêuticas estarem voltadas para a profissionalização de seus usuários, faz com que o direito ao trabalho constitua, segundo Fonseca (2001, p. 26), “o eixo diferencial do Núcleo de Oficinas e Trabalho, cuja proposta extrapola o terapêutico propriamente dito, para buscar a reinserção das pessoas, sob cuidados, nas redes de produção, de troca e de consumo”.

Após conhecer esse trabalho desenvolvido pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, como exemplo de reabilitação psicossocial e também de reforma psiquiátrica local, passa-se a discorrer sobre os achados da pesquisa referentes ao assunto, conforme relatos apresentados a seguir, nos quais os profissionais do CAPS definiram reabilitação psicossocial como sendo:

tentar resgatar com ele [com o paciente] coisas que era importante na vida dele antes do processo do adoecer, resgatar nele esse sentimento de que há possibilidade e de que ele tem potencial (ÁGATA).

encontrar uma nova proposta dentro desse meio social, talvez não exercendo a mesma função, talvez procurando outras possibilidades pra mesma pessoa, enxergar um outro caminho, se não pode mais trabalhar como caminhoneiro, que se ajude aqui, aos pouquinhos vá tentando se reabilitar de novo, uma passagem (SODALITA).

resgate da cidadania, de está tentando promover a inclusão social pra que ela volte a exercer as suas funções, a pelo menos está estabelecendo novamente as suas relações (SAFIRA).

trabalhar pra que o indivíduo, o usuário, ele volte ao que ele era antes, que volte a trabalhar, volte a estudar, que tenha um bom relacionamento com a

família [...] (ESMERALDA).

essas terapias, esses trabalhos, pra fazer com que ele [o paciente] volte pra sociedade, essa nova vida, fazer com que ele volte à sociedade, a se sentir gente novamente [...] (JADE).

Os sujeitos da pesquisa consideraram que a reabilitação psicossocial envolve o trabalho terapêutico a fim de valorizar os recursos internos do paciente e os aspectos sociais com vistas à possibilidade de sua reinserção social e, nesse sentido, o CAPS pode funcionar como um local de passagem ao processo de reabilitação psicossocial.

Os conceitos relatados pelos profissionais puderam ser relacionados à clássica definição da Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985 apud PITTA, 2001, p. 19-20), na qual reabilitação psicossocial é caracterizada como

o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...] o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.

Nesse sentido, tanto o trabalho que enfatiza as características individuais como o que preza os aspectos sociais têm papel fundamental para a reabilitação psicossocial do usuário. A abordagem individualizada é necessária visando contribuir para a redescoberta e para o desenvolvimento de potencialidades peculiares de cada um, as quais, muitas vezes, podem estar prejudicadas em função da doença mental. Por outro lado, a ênfase em aspectos sociais também é essencial, obviamente devido a resgatar a possibilidade de convívio integrado na comunidade, seja em atividades laborativas, seja no próprio núcleo familiar, etc.

Segundo Venturini⁶⁵ (apud AMARANTE, 1995, p. 14), “a Organização Mundial da Saúde aspira, de fato, a um modelo de serviços de saúde mental integrado, voltado para a prevenção e centrado na participação ativa da comunidade” e, nesse sentido, quanto à maneira que o CAPS poderia contribuir para o processo de reabilitação psicossocial, os sujeitos da pesquisa afirmam que:

criando meios pra poder reintegrar esse indivíduo à comunidade, à família, pra que ele possa depender cada vez menos da gente aqui (ÁGATA).

através dos grupos, das oficinas, dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares e o atendimento com a família, o CAPS tem um alto percentual de ajudar nessa parte, a doença mental é crônica (ESMERALDA).

eles [os pacientes] aprendem algumas coisas aqui dentro, eles podem sair

⁶⁵ Ernesto Venturini, na época, Diretor de Saúde Mental de Ímola, Itália.

daqui com mais conhecimento (SODALITA).

eles pegam muita segurança no profissional e com eles mesmos (JADE).

tentando estimular a cidadania, trabalhando com eles nesse sentido, a associação dos usuários contribui muito pra isso, no momento que eles tão participando, eles tão exercendo seus direitos, eles tão tendo que lidar com outras pessoas, tá se estruturando como uma sociedade, como uma associação que tem todas suas regras e normas, e isso, aos poucos tá contribuindo pra eles, porque eles ficam mais atentos pra outras coisas da vida que antes eles não estavam (SAFIRA).

Os relatos apresentados sobre a maneira como o CAPS poderia contribuir para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários, puderam ser sintetizados em: proporcionando segurança aos pacientes; criando maneiras para possibilitar suas reintegrações à comunidade e à família; estimulando-os a lutarem pelos seus direitos como cidadãos, oferecendo acompanhamento contínuo, por intermédio dos grupos, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, familiares, visitas domiciliares; transmitindo conhecimento a esses sujeitos e estimulando suas participações em assembléias da associação de usuários e familiares. Conforme Saraceno (2001, p. 16), a reabilitação psicossocial deve ser entendida como “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”.

Por sua vez, ao abordar o tema reabilitação psicossocial, Freitas (1998, p. 96) ressalta que vários autores, Glasscote (1971); Marcos (1983); Robatel (1991); Munetz e Geller (1993) e Eastman (1994),

descreveram as necessidades da clientela sob uma perspectiva distinta da sintomatologia clínica. A sua extensão vai desde as de natureza material, como comida, teto para morar, vestuário e remédios, àquelas outras psicossociais propriamente ditas, como o desenvolvimento de capacidades para lidar com o cotidiano, o conhecimento dos meios para liberar-se de relações patologicamente dependentes, o desenvolvimento da auto-estima, da autonomia, ou ainda necessidade de natureza jurídico-política, como direitos civis e liberdades.

A partir das contribuições dos sujeitos da pesquisa e com base no referencial teórico, pode-se dizer que a reabilitação psicossocial se trata de um trabalho complexo que envolve a terapêutica individual a fim de contribuir para o crescimento pessoal do paciente, preparando-o para conquistas sociais nos vários ambientes de seu convívio, tanto em nível micro (família, igreja, associações) quanto em macro social (integração dos níveis micros dentro da sociedade). Em quaisquer que sejam esses espaços, para que o portador de sofrimento mental possa mais do que se re/habilitar socialmente, ou seja, re/inserir-se nesse contexto, o

fundamental deve ser evitar a perda de laços afetivos. Assim sendo, muito pelo contrário, deve apossar-se desses vínculos em seus espaços de convívio, onde se incluem os Centros de Atenção Psicossocial, considerados, além da família, o primeiro núcleo/instância de convivência para o usuário livre de estigmas e preconceitos, ou seja, que o respeita e o reconhece como sujeito de direitos.

Após identificar o conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre as concepções norteadoras da Reforma Psiquiátrica e discuti-los com base no referencial teórico, a Categoria III será destinada ao tema da Reforma propriamente dita.

4.3 CATEGORIA GERAL III - REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica foi definida como categoria geral por representar um dos eixos centrais do estudo. Assim, com o objetivo de investigar o conhecimento dos profissionais do CAPS a respeito deste assunto utilizou-se, na entrevista, a seguinte questão: O que você entende por Reforma Psiquiátrica? A partir daí, os sujeitos da pesquisa se expressaram de acordo com o que reconheceram como Reforma Psiquiátrica, como também, identificaram eventos que precederam as primeiras experiências assistenciais baseadas nessa proposta.

O relato a seguir remeteu à assistência, na década de 80, antes da criação das unidades de atenção ao portador de sofrimento mental, uma vez que desde então, com o movimento nacional antimanicomial, iniciaram-se questionamentos sobre a maneira do “tratamento” oferecido por tais instituições psiquiátricas:

todo esse movimento que vem acontecendo na saúde mental, sobretudo, a partir da década de 80, em que começou a questionar a forma como estavam sendo tratados os pacientes no hospital psiquiátrico e aí começou a questionar toda a estrutura que tava sendo desenvolvida pra isso, e começou a se pensar em outras propostas de atividades como hospital-dia, os próprios CAPS, os NAPS, na época, e hoje em dia mais forte a questão dos CAPS (SAFIRA).

Para Desviat (1999, p. 13), no Brasil desses últimos anos, a reforma do modo de atender às doenças mentais transformou-se:

em um movimento de reformas técnicas: fechamento dos manicômios e criação de recursos mais eficientes, porém, acima de tudo – e nisso reside sua originalidade –, em um amplo movimento social em defesa dos direitos humanos dos ‘loucos de todo gênero’ (expressão do Código Penal Brasileiro), dos excluídos da razão e da cidadania.

Essa peculiaridade da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser confirmada por Souza, M. (2002, p. 14) quando afirma que

o movimento também intervém no sentido de buscar a transformação da cultura, de mudar o olhar e a relação que a sociedade até então havia estabelecido com a loucura. Visa à ruptura das condições de segregação e exclusão e à transformação em relações que, embora, reconheçam as diferenças, suportem-nas de maneira respeitosa e solidária (SOUZA, M., 2002, p. 14).

Por outro lado, além de recordar os aspectos assistenciais dos anos 80, Ágata expressou que a Reforma Psiquiátrica trata-se, fundamentalmente, da mudança de paradigma em relação ao indivíduo, reconhecendo-o como um sujeito de direito e capaz:

na década de 80, tudo era tão centrado nos hospitais, os próprios profissionais da saúde começaram a ter uma preocupação, um olhar diferente, vendo o indivíduo com direitos, com potencialidades, com capacidade plena pra criar tanta coisa, pra poder estar inserido junto à sua família. É um caminho, é um processo sem volta, uma possibilidade de mudança (ÁGATA).

O relato de Ágata vai ao encontro do que descreve Delgado (2001, p. 6), que afirma que

os direitos do paciente constituem um tema típico da Reforma. Os novos serviços, nascidos da negação da tutela incondicional que sustenta o modelo hospitalocêntrico, têm que estabelecer um diálogo permanente e eficaz com a realidade concreta da vida cotidiana, suas limitações e possibilidades.

Ágata destacou, ainda, que os profissionais da saúde mental tiveram papel importante diante da conquista de direitos por parte dos usuários, ao dizer que

essa população [os usuários] ainda não acreditava nessa coisa do direito, então o estar aqui, o ser atendido, é uma questão de direitos, não é uma benesse e são esses profissionais que vão mostrar pra esses usuários pra essa população, esse direito que eles têm. A questão da Reforma bate muito nisso, o paciente, se ele hoje tem uma consciência de brigar pelos direitos, ele briga porque os profissionais acreditaram nisso e mostraram pra eles que eles tinham direitos.

Como exemplo de organização de usuários, em março/2004, no CAPS II de Palhoça/SC, foi realizada a primeira assembléia de usuários para criar a Associação dos Usuários e Familiares e eleger os membros de sua diretoria. Tal fato demonstrou que, embora a experiência do serviço seja incipiente, por intermédio dele existe um processo de organização e participação dessa população em busca de espaço próprio para discussão de suas necessidades e participação social. A associação dos usuários do CAPS de Palhoça/SC é um exemplo local, mas se sabe que, no Brasil todo, os usuários dos serviços de saúde mental têm se mobilizado em associações, que reconhecidamente se constituem em um movimento social.

Segundo Souza, M. (2002, p. 10), “a criação de associações de usuários e sua articulação em rede são espaços fundamentais de identificação coletiva e política com grande capacidade de intervenção e de conquistas de direitos, tanto no campo da assistência, quanto no da cultura”.

Essas associações têm possibilitado aos usuários dos serviços de saúde mental e a seus familiares que se organizem politicamente para garantir suas participações sociais, o que pode ser reconhecido como característica da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por outro lado, Esmeralda abordou que a Reforma Psiquiátrica

é uma atenção diferenciada da saúde mental, hoje, tirando aquele modelo antigo que era mais hospitalização, procura melhorar o preconceito que o pessoal tem da doença psiquiátrica, porque é um atendimento dentro daquela comunidade, dá pra gente trabalhar melhor, fazer um diagnóstico melhor, trabalhar com a família, porque, às vezes, a família não sabe, não tem idéia do que é uma doença psiquiátrica, e ela sofre muito com isso.

Ao evidenciar que a Reforma Psiquiátrica tem buscado diminuir o preconceito a respeito da doença psiquiátrica, a constatação de Esmeralda pôde ser relacionada ao discurso de Rinaldi (2000, p. 9), no qual a autora ressalta que

a criação desta rede não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, uma vez que não se trata apenas de reformar a assistência através da criação social e administrativa de novas e necessárias formas de tratar o chamado ‘louco’, mas de contestar radicalmente a nossa relação com ele, enraizada em nossa cultura.

A mudança cultural sugerida por Rinaldi (2000) pode e deve ser iniciada nos serviços de saúde mental, pois, conforme o relato de Ágata a respeito do preconceito,

o medo ainda é muito presente, o próprio município, a saúde do município, pra um paciente nosso (do CAPS) agendar com médico clínico ali, eles querem que o técnico vá junto, tutelando ele, porque ele não tem direito. Sofredor psíquico não tem queixas clínicas, pra eles, ele não pode ser diabético, ele não tem hipertensão, ele não tem dores, as queixas deles são, todas têm que ser atendidas em hospital psiquiátrico, essa é a visão, então esse é o papel, desmistificar [...].

A desmistificação no campo da saúde mental não se trata de uma tarefa fácil pelo fato de envolver pré-concepções a respeito da doença mental e da institucionalização da loucura. Sabe-se que há mais de trezentos anos a sociedade tem se relacionado com os seus diferentes através do isolamento, da exclusão, procurando não conviver com os “loucos”⁶⁶, como se a doença mental fosse contagiosa e o paciente psiquiátrico uma ameaça aos “sadios”.

Os motivos encontrados pela sociedade para separar os diferentes e, particularmente,

⁶⁶ Ver: Foucault, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2003. 7 ed. 551 p.

os doentes mentais do convívio social, isolando-os em hospícios, não foram somente o medo e o preconceito. Os portadores de sofrimento mental, ora produzem, ora não produzem, assim, nem sempre interessam ao modo de produção da sociedade capitalista. Segundo Desviat (1999, p. 19),

a psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promíscuo dos hospitais ou albergues para os pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e exercendo uma série de funções não exclusivamente médicas.

Diante dessa realidade, para Pitta (2001, p.16),

reorientar o modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil hoje é alavancar iniciativas que, há décadas, tentam reformar o modelo centrado na gestão das doenças mentais no interior dos manicômios, para a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde do país, sem estigmas e discriminação.

Além do preconceito, Esmeralda relatou também sobre o atendimento à família, no sentido de orientá-la a respeito do transtorno mental, o que é de fundamental importância diante do discutido a respeito do estigma sofrido pelo “doente mental”, porque a assistência familiar poderá funcionar como um aliado com vistas à mudança cultural nas demais esferas sociais. Muitas vezes, o preconceito ocorre dentro do próprio núcleo familiar, e se a equipe profissional que assiste aos portadores de sofrimento psíquico, bem como à suas famílias, trabalhar a questão da desmistificação nesse espaço de convívio do usuário estará contribuindo para outras transformações de âmbito sociocultural. Ademais, Amarante (1995, p. 494) defende que

o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995, p. 494).

Na opinião de Sodalita, a Reforma Psiquiátrica refere-se a “uma proposta de manter a pessoa dentro da sociedade com uma função, não colocar dentro de um hospital, não deixar ela lá, como doente, como excluída, é uma proposta de manter ela (a pessoa) ativa, participativa”. Esse relato pode ser confirmado por Anaya (2001, p. 15), ao dizer que “a reforma psiquiátrica brasileira traz consigo o objetivo claro de reverter o modelo manicomial baseado na exclusão social”.

Observa-se que a Reforma Psiquiátrica envolve mudanças no campo da assistência aos portadores de sofrimento psíquico, tendo por objetivo lidar de outra maneira com esses

indivíduos que não seja através da exclusão social. Nesse caso, independente de serem produtivos ou não, eles poderão vencer os muros impostos pelo modo asilar e conquistar outro espaço social que não seja os manicômios, se é que os hospícios podem ser considerados como espaços sociais, já que nem sempre cuidam do paciente psiquiátrico com dignidade.

Ainda com ênfase na possibilidade de mudança na relação da sociedade com a loucura, Jade relatou que a Reforma Psiquiátrica deveria possibilitar aos hospitais gerais um preparo pra receber os portadores de sofrimento mental, ou seja,

quando tivessem doentes, internar num hospital comum, não precisar daquele lá [manicômio], não ter grade, porque não é preciso, mais tem que ter gente especializada e que infelizmente não tem, [...] tudo é muito novo, tá começando, mais, é o caminho, tá sendo muito bom mesmo, tá certo.

Diante do relato, vê-se a possibilidade desses pacientes prescindirem do “tratamento” em hospitais psiquiátricos, ao se apontar como uma possível solução para os casos que necessitarem de internação, os “*hospitais comuns*”. Nesse sentido, foram aprovadas, na III Conferência Nacional de Saúde Mental⁶⁷, quatro propostas sobre o “lugar do hospital geral na rede de atenção”, dentre elas, a de “garantir que todo hospital geral, público e privado, possa atender às pessoas portadoras de sofrimento psíquico” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 51).

Assim, além da sugestão de Jade sobre a necessidade de leitos em “*hospitais comuns*”, na teoria, existem propostas para a utilização desses hospitais (hospitais gerais), como espaços de suporte à crise emergencial no lugar dos hospitais psiquiátricos, o que poderá contribuir significativamente para a mudança assistencial e do paradigma referente à doença mental. Porém, na prática, a efetivação dessa proposta não é tão simples como parece ser, uma vez que são necessárias regulamentações e nova mentalidade (transformação cultural) para desencadear o processo de mudança operacional almejado.

O preconceito ainda é inerente à sociedade, deixando-a mais habituada a encaminhar os seus diferentes e, no caso da doença mental, os “mentalmente enfermos” para espaços de exclusão e segregação, o que no presente trabalho passo a denominar de “institucionalização sócio-cultural das maneiras de encarar/reconhecer e lidar com a loucura”, que funciona como um empecilho para as transformações assistenciais e culturais no campo da saúde mental com vistas ao gradativo processo de desinstitucionalização, sob o aspecto da “construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio” (ROTELLI,

⁶⁷ A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi a mais recente do setor, realizada em Brasília, no ano de 2001.

1990, p. 36).

Ainda com relação às características da Reforma Psiquiátrica, Jade acrescentou que com a proposta de Reforma “tem que existir outras atividades, outras terapias, sem o remédio também; [pois] com a ajuda de outros trabalhos melhorou muito”. O sujeito da pesquisa afirmou, ainda, que no CAPS existe

todo esse cuidado, desde que um usuário nosso ele faz uma internação, a gente tá sempre cuidando pra ver se não acontece o pior lá dentro, se não fica com mais remédio, sem, às vezes, ser necessário, o que a gente vê no nosso CAPS, que pessoas que depois que começaram a fazer outras terapias não se internaram mais, então a gente vê que realmente é necessário acontecer essas terapias fora da clínica [hospital]. (JADE).

Em relação às novas formas de cuidados em saúde mental, Gomes (1999, p. 113) recorda que,

com a instalação dos CAPS, NAPS e destes novos significantes do cuidado psicossocial, a dinâmica que se desenha impõe, ao mesmo tempo, um esforço teórico e prático de edificação de um outro tipo de relação entre o indivíduo e o serviço. Aqui há lugar para a interação de técnicas de suporte individual com outras de suporte mais sociocultural, pois estes serviços operam com um padrão de plasticidade conjugando técnicas, políticas e diretrizes administrativas. As combinações são as mais variadas possíveis. O que irá determinar este arranjo é o projeto terapêutico individual de cada sujeito construído no e com o serviço.

Embora, os entrevistados não tenham mencionado a questão do projeto terapêutico individual, evidenciou-se uma preocupação e respeito dos profissionais com as necessidades particulares dos usuários.

Como último relato a respeito do tema, segue a consideração de Ágata sobre a realidade da Reforma em Santa Catarina e uma síntese dessa profissional sobre o processo de Reforma Psiquiátrica, como atenção centrada em casos graves, que deve reconhecer o transtorno mental como qualquer outra doença e priorizar o atendimento em serviços substitutivos, como Hospitais Gerais, CAPS, Residências Terapêuticas, entre outros, a fim de evitar a ruptura na relação usuário-família.

Aqui em Santa Catarina, existe uma coisa muito peculiar ainda, que tem um grupo com uma força muito grande pra manter isso: essa coisa do poder médico-centrado, detentor do poder e do saber. Mais há uma nova geração de profissionais não só de outras áreas, psicossocial, mais também da área médica com outra formação, muita gente vinda de fora, e daí um outro processo de vir com essa mentalidade de que é acreditando nos CAPS, acreditando que a atenção deva ser centrada mesmo em casos graves. Os hospitais gerais, os CAPS, as Residências Terapêuticas, é uma realidade que vai se constituir, e de vê o transtorno mental como outra doença, patologia

qualquer e que o indivíduo deve estar inserido em sua família, quanto mais próximo, maior os benefícios, menores os prejuízos, a gente vê esses pacientes que tão regredidos, se eles tivessem juntos às famílias, eles não teriam tantos prejuízos, a gente tá tendo fruto, do passado ainda, dessa visão antiga [...] (ÁGATA).

Com relação à mudança de mentalidade referente aos cuidados terapêuticos no campo da saúde mental, Souza, M. (2002, p. 91) salienta que

a criação dos dispositivos assistenciais substitutivos aos portadores de sofrimento mental em serviços abertos tem sido de extrema importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, além de colocar no cenário do setor saúde outras possibilidades de ruptura com formas tradicionais de atenção na saúde.

As formas substitutivas têm contribuído, expressivamente, para os avanços da Reforma Psiquiátrica, mas cabe lembrar que a Reforma envolve, basicamente, duas frentes de trabalho para sua efetiva consolidação, que dizem respeito à criação da rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e à transformação da relação da sociedade com o portador de sofrimento mental e/ou mais especificamente com a visão da loucura.

5 ANÁLISE FINAL - O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nesta análise, a respeito do Centro de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica, considerou-se a função do CAPS, a importância de sua estruturação/implantação diante a implementação da Reforma Psiquiátrica local, as dificuldades em relação à implementação das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e também uma discussão final a respeito das categorias I, II e III, respectivamente, Centro de Atenção Psicossocial, Concepções norteadoras da Reforma Psiquiátrica e Reforma Psiquiátrica.

Os sujeitos da pesquisa relacionaram a *função do CAPS* aos atendimentos ofertados no serviço, de acordo com as necessidades dos portadores de sofrimento mental, a fim de possibilitar o resgate de sua cidadania, garantir respeito, dignidade, cuidado integral e prepará-los para assumir suas vida. De acordo com Souza, M. (2002, p. 43), “o objetivo maior desses novos serviços é acolher e resgatar a subjetividade de cada um naquilo que é exclusivamente seu e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social”.

Além de possibilitar o resgate da subjetividade dos usuários, de acolhê-los e desempenhar suas funções assistenciais, o CAPS deve exercer o papel de propagador dessa prática substitutiva ao modelo manicomial dentro da comunidade, ao prestar esclarecimentos, realizar treinamentos, promover seminários, entre outros eventos que criem condições de disseminar o modo psicossocial de cuidar e lidar com os portadores de sofrimento mental.

A respeito da *importância da estruturação do CAPS no contexto da implementação da Reforma Psiquiátrica local*, os profissionais consideraram importante a organização desse serviço, enquanto possibilidade de atender à demanda crescente, contribuir para a prevenção de crises e redução de internações dos usuários, e também, por ser a sua implantação um reflexo da Reforma Psiquiátrica.

Ficou comprovada que a redução de internações constitui a característica principal para os profissionais do CAPS, como reconhecimento da importância de sua implantação para a assistência aos portadores de sofrimento mental em Palhoça/SC, no contexto da Reforma Psiquiátrica local.

A redução de internações compõe uma meta a ser atingida, sempre, em prol da reorientação do modelo assistencial, ao caracterizar a possibilidade de garantir a assistência aos portadores de sofrimento mental fora dos hospitais psiquiátricos. Mais ainda, isso demonstra o valor dos esforços pessoais e profissionais desses trabalhadores da área de saúde

mental ao orientar e buscar a conscientização dos usuários e familiares para procurarem o CAPS em casos de urgência.

Por outro lado, ao serem questionados sobre as *dificuldades em relação à implementação das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde quanto à Política de Saúde Mental*, os sujeitos da pesquisa afirmaram existir dificuldades não só com questões ligadas ao Ministério da Saúde, como também em relação à Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Constatou-se que a interação dos profissionais do CAPS II de Palhoça/SC com a equipe do Ministério da Saúde e com a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social tem sido burocratizada. Um deles, Ágata, sugeriu que o Ministério da Saúde deveria encaminhar roteiros com perguntas sobre o que está acontecendo na prática dos serviços com o objetivo de poder esclarecer as dúvidas dos profissionais. Esmeralda, Jade e Sodalita relacionaram as dificuldades existentes a recursos materiais e humanos, à falta de conhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelo CAPS por parte de outros setores da saúde e entraves políticos, e não à implementação de normas, conforme o questionado.

Mostrou-se que as dificuldades no âmbito federal e municipal são referentes à falta de comunicação, interação e interlocução entre os órgãos gestores. Ao mesmo tempo, a Secretaria de Estado da Saúde não foi mencionada pelos sujeitos da pesquisa, o que pode ser atribuído ao fato de não existir dificuldades em relação a essa esfera de governo ou em função de haver falta de interação com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, setor responsável pela política estadual. Seja por um motivo ou por outro, havendo dificuldade ou não, em ambos os casos, a interação do CAPS com a Coordenação Estadual de Saúde Mental/SC precisa ser reforçada, pois esse setor deve funcionar como referência para o esclarecimento de questões/dúvidas ligadas à implantação dos serviços de saúde mental e seus direcionamentos rumo à consolidação da Reforma Psiquiátrica Estadual, o que envolve as práticas municipais.

Sabe-se que, normalmente, as leis vêm de cima, de uma esfera de gestão superior ao município, mas nem por isso significa que não podem ser discutidas e entendidas dentro do contexto local. Para que haja compreensão, torna-se necessário que haja essa interlocução entre as esferas gestoras responsáveis pela política de saúde mental, seja de âmbito nacional, estadual ou municipal.

A implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Palhoça/SC, quanto à implantação, equipe técnica, organizações administrativa e assistencial, ao CAPS no contexto da rede de saúde municipal, vai ao encontro da citação a seguir:

a reforma psiquiátrica foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como em todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais. Ela acompanha as possibilidades de avanço e de retrocesso das políticas públicas, do SUS em particular, da implementação ou não de projetos públicos comprometidos com a melhoria das condições de vida, com a garantia de direitos de cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. 2001, p. 21).

Evidenciou-se que desde sua inauguração, os profissionais têm enfrentado dificuldades diante da construção do CAPS e para a sua consolidação como referência assistencial substitutiva na área de saúde mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica municipal.

Na realidade, por envolver mudanças teóricas e práticas, a construção da rede de serviços substitutivos em saúde mental trata-se de um grande desafio e, por isso, considera-se ser de extrema relevância as iniciativas locais, nas quais se enquadra o caso de Palhoça/SC, para que gradativamente a história da assistência em saúde mental em nosso País possa ser significativamente transformada e, nesse contexto, as inúmeras histórias de vidas envolvidas nesse processo de mudança, particularmente, as vivências dos portadores de sofrimento mental e de suas famílias.

Por ser um serviço em fase de consolidação, pode-se dizer que o CAPS II, ainda, apresenta incoerências entre a regulamentação do Ministério da Saúde e o perfil atual do serviço, discutido item a item, nos tópicos antecedentes. No entanto, a equipe demonstrou que tem se esforçado para superar as dificuldades cotidianas, embora, muitas vezes, esses obstáculos se refiram a questões burocráticas e que devem ter suporte técnico por parte da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, da Coordenadoria Estadual de Saúde Mental e até mesmo do Ministério da Saúde, representado pela Coordenadoria Nacional.

A insuficiência do processo de referência e contra-referência local indica que a rede de saúde de Palhoça/SC precisa conhecer o trabalho do CAPS, conhecer a proposta de Reforma Psiquiátrica local, para que efetivamente ocorram mudanças assistenciais e paradigmáticas em seu território e região.

No que diz respeito ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa a respeito dos temas como desinstitucionalização, serviços substitutivos, atenção psicossocial, reabilitação psicossocial e reforma psiquiátrica, constatou-se que, para os profissionais do CAPS, esses conceitos são muito similares, centrando suas idéias em questões relacionadas aos usuários, à cidadania e aos direitos. Os sujeitos da pesquisa também evidenciaram que a proposta de

Reforma Psiquiátrica difere da assistência aos portadores de sofrimento mental da década de 1980.

A conceituação semelhante, entre um tema e outro, a respeito das concepções norteadoras da Reforma Psiquiátrica permitiu evidenciar, ainda, que os assuntos investigados encontram-se entrelaçados numa dialética entre a teoria e a prática da saúde mental, ficando difícil para os profissionais e estudiosos da Reforma, abordar um sem se remeter aos outros, quando se relata um, parece estar aproximando-se de outros e assim sucessivamente.

Fazendo-se uma analogia, é possível dizer que a vida do portador de sofrimento mental, também, faz parte de um emaranhado, em que não se separa o doente da doença, o ser social do ser individual, ou seja, o usuário não deixa de ser o João para ser o transtorno obsessivo-compulsivo, não deixa de ser a Maria para ser a esquizofrenia.

Assim, deveria ser a teoria com a prática. Mas, no caso do presente estudo, não se pode afirmar que o relatado pelos sujeitos, enquanto teoria, ocorre na prática, esse aspecto não foi averiguado, investigou-se, tão somente, o conhecimento desses profissionais a respeito dos temas. Na teoria e na prática, os princípios abordados deverão integrar a agenda dos profissionais de saúde mental, preocupados em praticar e participar da mudança de paradigma nesse campo, seja pela desconstrução dos manicômios e/ou pela construção de serviços substitutivos.

Portanto, ao se investigar o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, em Palhoça/SC, a partir da estruturação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal, a realidade desse serviço levantou a seguinte questão: será que nessa etapa do processo de organização dos CAPS as inadequações técnico-assistenciais evidenciadas, a dificuldade em controlar as internações e o conhecimento teórico incipiente por parte de alguns profissionais, não estariam a se repetir em serviços similares?

Deste modo, este estudo evidencia que a Reforma Psiquiátrica é muito mais do que implantações de CAPS, regulamentações, leis, portarias, e que as dificuldades são inerentes e presentes nesse processo de consolidação dos serviços substitutivos, por isso esses locais devem receber apoio das três esferas de governo, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

A continuidade de uma política na área de saúde mental coerente com os princípios do SUS e dos direitos humanos é fundamental para que novas conquistas, como a implantação do CAPS II de Palhoça/SC, sejam alcançadas e mantidas independente da gestão governamental a fim de garantir a assistência aos portadores de sofrimento mental que carecem dos serviços substitutivos e merecem ser cuidados e respeitados, conforme suas necessidades e direitos

cidadãos.

Finalmente, faço minhas as palavras de Pedro Gabriel Delgado (2001, p. 5):

As experiências locais são destacadas, porque servem de contraponto para o diálogo entre as várias frentes onde se dá a Reforma. As realidades dos municípios são muito diversificadas, e a utilidade do relato de uma experiência não está em servir de modelo ou exemplo, mas como elemento de reflexão e motor do debate.

6 CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES

A construção da política de saúde mental pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo gradativo que envolve desde a participação dos órgãos governamentais, organizações não-governamentais, movimentos sociais, portadores de sofrimento mental, seus familiares, como também os profissionais dos serviços substitutivos, partícipes diretos na transformação cultural e assistencial junto à comunidade local.

Sabedores da proposta deste estudo, os profissionais do CAPS, mais que aceitaram participar da pesquisa, prestaram valiosos relatos a respeito do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Palhoça/SC e foram colaboradores durante todo o tempo em que foi necessário recorrer ao serviço para informações complementares. Isso demonstrou espírito de cooperação da equipe e atitude acolhedora, características importantes para os que trabalham na área da saúde e especificamente em saúde mental, já que os portadores de sofrimento mental, em geral, carecem de afeto, do acolhimento, da compreensão, para que se possa dar continuidade ao “cuidado” psicossocial que lhes é prestado.

Na expectativa de poder contribuir para o aprimoramento do trabalho dos profissionais do CAPS e fornecer subsídios à Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Palhoça/SC no processo de Reforma Psiquiátrica local para adequação do serviço e, conseqüente, melhoria da assistência aos portadores de sofrimento mental, a seguir algumas sugestões:

- Lei municipal para instituir o cargo de coordenador municipal de saúde mental;
- Profissional para ocupar o cargo de coordenador de saúde mental do CAPS, com vistas a atender à Lei Municipal nº 1.750/03;
- Plano de ação com o objetivo de organizar a rede de cuidados em saúde mental e possibilitar ao CAPS desempenhar o papel de regulador da porta de entrada assistencial em cumprimento à orientação da Portaria MS/GM nº 336/02;
- Ampliação e adequação das atividades da equipe técnica do CAPS com ênfase nas *visitas domiciliares* e no fornecimento de *refeições diárias* aos pacientes, uma ou duas, dependendo se são assistidos em um turno (4 horas) ou dois turnos (8 horas);
- Desenvolvimento de *atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social*, através da criação de parcerias com programas já desenvolvidos pela comunidade, e estímulo à associação dos usuários;

- Atendimento aos pacientes pautado em projeto terapêutico que busque a promoção da saúde mental;
- Suporte ao aperfeiçoamento profissional, com a realização de supervisão técnica, com o propósito de discutir os casos de pacientes e de orientar a respeito do atendimento aos usuários, pautado na relação sujeito X sujeito e não sujeito X doença;
- Educação continuada em serviço para trabalhar questões teóricas e práticas relacionadas às concepções assistenciais da Reforma Psiquiátrica;
- Capacitações integradas aos serviços da rede básica de saúde, por exemplo: Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com vistas a ampliar o conhecimento profissional relacionado à saúde mental, e desenvolver ações conjuntas.

Ao se concluir, pode-se dizer que a intenção de conhecer a realidade da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial com vistas à Reforma Psiquiátrica municipal e o contato com os profissionais do serviço constituíram-se nos passos preliminares do plantio, a primeira sementeira, cujas condições do terreno (local do estudo) e os fatores temporais (gestor, equipe, receptividade, colaboração) eram desconhecidos. Durante a trajetória do processo de investigação e aprendizagem, o terreno estava fértil e o ambiente propício, o que contribuiu para que houvesse a motivação necessária para prosseguir, realizar a colheita, representada pela produção de conhecimento em saúde mental, assim como deixar algumas sementes (idéias) a fim de colaborar e, conseqüentemente, crescer pessoal e profissionalmente no contexto da saúde pública.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set., 1995.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

ANAYA, Felisa. **O processo de reforma psiquiátrica e a conseqüente constituição da rede de serviços substitutivos em saúde mental de Belo Horizonte**. 2001. 73f. Monografia. (Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia), Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, 2001.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171 – 193.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil e Debates, 1979.

BICHAFF, Regina. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 147

BRANDALISE, Fernando. **O trabalho e reabilitação psicossocial**: um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional. 2001. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº 10.216, 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção dos direitos humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

_____. Câmara dos Deputados. Lei nº 10.708, 31 de julho de 2003. Dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 3, 1 ago. 2003b.

_____. Congresso Nacional. **Lei 8.142**. Brasília, DF: Gráfica do Congresso Nacional, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 10. ed. São Paulo: Rideel, 2004. (Coleção de leis Rideel. Série compacta).

_____. Ministério da Saúde. **CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02 – Perguntas e Respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/SAS/ASTEC, 2002g. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002e.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Parecer Técnico Cadastramento – ASTEC/Saúde MENTAL nº 23/02**, de 25 de setembro de 2002. Encaminha para cadastramento/recadastramento de Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/ Saúde Técnica – Saúde Mental, 2002h.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002i.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.455, 31 de julho de 2003. Define incentivo financeiro para os CAPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 21-26, 4 ago. 2003a

_____. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 189, de 20 de março de 2002. In: _____. **Legislação em saúde mental 1990 – 2002**. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002j.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

_____. **Caderno Informativo**. 1. ed. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001. 85 p.

CORBISIER, Cláudia. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 279 - 299.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DELGADO, Pedro Gabriel. O campo da reforma psiquiátrica. In: BRASIL. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

DESVIAT, Manuel. Apresentação à edição brasileira. In: _____. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 13-14.

_____. A Institucionalização da Loucura. In: DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 15 – 21.

FACHINI, O. **Fundamentos de metodologia**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FONSECA, André Luiz de Castilho de. A apuração dos custos em serviços de saúde mental: o caso do S. Saúde Dr. Cândido Ferreira. In: HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 25 - 36.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 551 p.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 93-106, jan./mar. 1998. ISSN 0102-311X

GARCIA, Célio. Prefácio. In: LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 11.

GOMES, Maria Paula Cerqueira. **A Política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro**.1999. 329f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

GOLDBERG, Jairo. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In: _____. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Cora; Instituto Franco Basaglia, 1996. p. 99-152.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 67-80.

GRIGOLO, Tânia Maris. **“Dizem que sou louco”**: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. 1995. 100f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUIS, Margarita Antonia Villar. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Salete Bessa; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; SILVA, Waldine Viana da. (Org). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 15-40.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **El discurso e la platica em la historia de una enfermedad: epidemiologia e políticas de AIDS em Barcelona, Cataluña, España y Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. 1996. 590f. Tese (Doutorado em Salud Publica), Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 1996.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, Maria Salette Bessa; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; SILVA, Waldine Viana da. (Orgs.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 55 - 66.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. Lugar de Louco é no Hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Erotildes Maria; VENÂNCIO, Ana Teresa (Orgs.). **O Campo da atenção psicossocial**. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Cora; Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 328 – 342.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

_____. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: BRASIL. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001. p.16-74

RINALDI, Doris. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n.16, p. 7-18, jan./jul. 2000.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SANTA CATARINA. **Lei nº1750/2003**, de 1 de outubro de 2003. Acresce e altera dispositivos na Lei nº 1542/2002. Palhoça: Prefeitura Municipal de Palhoça, 2003.

_____. **Lei nº 1.542/2002**, de 6 de setembro de 2002. Cria emprego público para atendimento do Centro de Atenção e dá outras atribuições. Palhoça: Prefeitura Municipal de Palhoça, 2002c.

_____. **Parecer nº 52/2002**, de 19 de julho de 2002. Processo de Credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial II de Palhoça. São José: Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2002b.

_____. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2002a.

_____. **Projeto Municipal de Expansão da Família**. Palhoça: Prefeitura Municipal de Palhoça/Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, 2004.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SOUZA, Adriana Nascimento. **Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Palhoça: Prefeitura Municipal de Palhoça/Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social/Gerência de Programas de Saúde, 2002.

SOUZA, Marta Elizabeth. **Os novos movimentos sociais – organização política dos usuários em saúde mental rompendo preconceitos e expandindo a vida**: outros segmentos da sociedade civil organizada. 2002. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2002.

SPRICIGO, Jonas Salomão. **Desinstitucionalização ou desospitalização** – a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. 2001. 177f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

VALENTINI, Willians. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11 – 24.

YASUI, Sílvio; LUZIO, Cristina Amélia; COSTA-ROSA, Abílio da. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

APÊNDICES

APÊNDICE 1**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Há quanto tempo você trabalha no CAPS?
2. Há quanto tempo você concluiu a graduação?
3. Você possui alguma pós-graduação? Em que área?
4. Qual o horário de funcionamento do CAPS?
5. Qual a população de referência atendida no CAPS?
6. O CAPS tem funcionado como referência para algum outro município?
() SIM () NÃO
Em caso afirmativo, quais?
7. Existe referência e/ou contra-referência do CAPS com outros serviços de saúde do município, por exemplo, PSF, unidades básicas de saúde, etc?
() SIM () NÃO
Em caso afirmativo, quais e como ocorrem os encaminhamentos e/ou acompanhamentos?
8. Quanto a possíveis internações de pacientes, existe algum tipo de controle por parte da equipe do CAPS:
 - a) Com relação à internação de pacientes do município?
() SIM () NÃO
Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
 - b) Com relação à internação de pacientes do CAPS?
() SIM () NÃO
Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
9. Quais as atividades que são realizadas no CAPS?

10. Existem dificuldades para a realização destas atividades?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, quais as dificuldades mais frequentes?

11. Em relação aos medicamentos para a área de saúde mental:

a) Existe algum cadastro específico dos pacientes que utilizam medicamentos?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, como ocorre a atualização do mesmo?

b) O CAPS tem fornecido os medicamentos aos pacientes?

() SIM Em caso afirmativo. Como ocorre a dispensação dos medicamentos?

() NÃO Em caso negativo. Por quê?

12. Existe algum trabalho/atividade específica com familiares de pacientes?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, que tipo de trabalho/atividade é realizado (a)?

13. Existem atividades direcionadas à reabilitação psicossocial dos pacientes?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, quais?

14. Os pacientes integram alguma associação comunitária (de bairros, de familiares, de usuários, entre outras)?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, descreva como tem atuado esta (s) associação (ões) junto ao CAPS.

15. Descreva as atividades que você realiza no CAPS.

16. Existe alguma atividade que você gostaria de realizar e a atual estrutura do CAPS não permite?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, descreva qual (is) e o motivo pelo qual não é possível a realização da mesma.

17. O que você entende por Reforma Psiquiátrica?

18. O que são serviços substitutivos para você?

19. Que serviços substitutivos você conhece?

20. Qual a sua opinião sobre estes serviços substitutivos?

21. O município conta com outra possibilidade de serviço substitutivo?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, qual (is)?

22. O município conta com alguma residência terapêutica ou lar abrigado?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, quantas e a que clientela está (ão) destinada (s)?

23. Neste contexto, o que significa falar em:

a) Desinstitucionalização

b) Atenção Psicossocial

c) Reabilitação Psicossocial

24. De que maneira você considera que o CAPS pode contribuir para:

a) o processo de desinstitucionalização?

b) a reabilitação psicossocial dos pacientes?

25. No dia-a-dia, você encontra dificuldades em relação à implementação das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde quanto à Política de Saúde Mental?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, que tipo de dificuldade(s)?

26. Na sua opinião, qual deve ser a principal função do CAPS?

27. Você considera que a estruturação/implantação do CAPS seja importante no contexto da implementação da Reforma Psiquiátrica no município?

() SIM () NÃO () NÃO TEM OPINIÃO A RESPEITO

Justifique sua resposta.

APÊNDICE 2
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

1. Como está estruturado o CAPS II de Palhoça quanto à:
 - a) Subordinação técnica-administrativa;
 - b) Recursos humanos (número, capacitação, treinamento,...);
 - c) Instalações físicas;
 - d) Recursos materiais;
 - e) Recursos financeiros (credenciamento);
 - f) Regime de trabalho (dias e horário de funcionamento);
 - g) Disponibilidade de documentos sobre a política de saúde mental.

2. Qual a clientela (tipo de pacientes) atendida no CAPS ?

3. Quantos pacientes são atendidos, diariamente, por turno no CAPS?

4. Quanto às Secretarias, Municipal, Estadual e Ministério da Saúde, existe algum tipo de interação ou apoio?

APÊNDICE 3**QUADRO 1: PERFIL DOS PROFISSIONAIS**

Profissionais	Conclusão da graduação	Pós-Graduação	Área da pós-graduação	Nível da pós-graduação	Tempo de trabalho no CAPS
ÁGATA	1997	Não	X	X	Desde agosto/2002
ESMERALDA	1998	Não	X	X	Desde agosto/2003
SODALITA	2000	Sim	Psiquiatria	Residência	Desde Maio/2003
SAFIRA	1999	Sim	- Saúde do trabalhador - Saúde Pública	- Especialização - Mestrado	Desde agosto/2002
JADE	2001	Sim	- Atenção Psicossocial	- Especialização	Desde agosto/2002

QUADRO 1: PERFIL DOS PROFISSIONAIS

FONTE: A PRÓPRIA AUTORA.

ANEXOS

ANEXO 1
FICHA DE ANAMNESE

ANEXO 2
FICHA DO PROJETO TERAPÊUTICO

ANEXO 3
CONTRATO TERAPÊUTICO

ANEXO 4
TERMO DE RESPONSABILIDADE

ANEXO 5
ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

ANEXO 6
PLANTA BAIXA DO CAPS