

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO –
UENF**

**ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, NA PERSPECTIVA DOS
GESTORES**

MARIANA MONTEIRO DE SOUZA

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
DEZEMBRO – 2016**

MARIANA MONTEIRO DE SOUZA

**ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, NA PERSPECTIVA DOS
GESTORES**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito final para a obtenção do título de graduada no curso de Bacharelado em Administração Pública.

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Shirlena Campos de Souza Amaral
Coorientador: Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo**

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
DEZEMBRO – 2016**

ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, NA PERSPECTIVA DOS GESTORES

MARIANA MONTEIRO DE SOUZA

Monografia apresentada ao Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito final para a obtenção do título de graduada no curso de Bacharelado em Administração Pública.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Décio Nascimento Guimarães (Cognição e Linguagem – UENF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF
Instituição Vinculada

Prof.^a Dr.^a Maria Eugênia Ferreira Totti (Ecologia e Recursos Naturais – UENF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo (Sociologia Política – UENF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF
(Coorientador)

Prof.^a Dr.^a Shirlena Campos de Souza Amaral (Sociologia e Direito – UFF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF
(Orientadora)

O presente trabalho é dedicado a Deus, que me fornece saúde e energia para cultivar os meus sonhos, e aos meus pais que são a minha motivação diária para nunca desistir de alcançar meus objetivos, e os meus maiores exemplos de perseverança e sucesso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois graças a Ele tenho mais do que peço e espero.

Agradeço aos meus pais, Luciana Monteiro Guedes Souza e Eduardo Thieres da Silva Souza, que sempre acreditaram no meu potencial, me impulsionaram nos momentos de fraqueza e me forneceram todas as condições para que eu chegasse até aqui. Sem eles eu nada seria.

Agradeço também aos meus irmãos, Guilherme Thieres e Eduardo Jr. por serem exemplos e assim me motivarem a sempre dar o meu melhor, para que eu possa ser para eles o orgulho que são para mim.

Agradeço ainda ao meu companheiro, Luiz Phelipe, por sempre me apoiar nas minhas decisões e ter as palavras certas nos momentos certos para me dizer. Obrigada por tudo que faz por mim.

À UENF, lugar que me possibilitou engrandecimento pessoal e profissional. Por todo conhecimento adquirido.

À minha orientadora, Shirlena Campos de Souza Amaral, pelo apoio incondicional. Por todos os momentos dedicados a mim e a minha pesquisa. Pelos conselhos e por ter tornado este trabalho possível. Muito obrigada.

Ao meu coorientador, Nilo Lima de Azevedo, por engrandecer meu trabalho com os seus conselhos e compartilhar comigo seus conhecimentos.

Agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, possam ter contribuído para que eu concluísse essa etapa e que torceram pelo meu sucesso.

RESUMO

A presente pesquisa teve por finalidade conhecer a infraestrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Campos dos Goytacazes, na visão dos seus gestores, no que diz respeito à estrutura física, corpo profissional, participação da família e comunidade, além de almejar compreender se as Diretrizes da Reforma Psiquiátrica são aceitas e postas em prática pelos profissionais, identificando suas especificidades e dificuldades, dando visibilidade aos pontos positivos e sugestões de novas práticas, que possam contribuir para um melhor trabalho dos CAPS e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde no município. Como metodologia, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, uma com a coordenadora da Saúde Mental de Campos dos Goytacazes e uma com um representante administrativo de cada um dos quatro CAPS que existem na cidade. De acordo com as informações recolhidas, concluiu-se que a maioria dos resultados obtidos pelos dispositivos está diretamente relacionada ao empenho profissional. Além disso, pode-se concluir que o processo de Reforma Psiquiátrica está sendo inserido gradativamente à rotina de trabalho dos CAPS.

Palavras-chave: CAPS; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The present research had the purpose of knowing the infrastructure of the Centers of Psychosocial Care of the municipality of Campos dos Goytacazes, in the view of its managers, regarding the physical structure, professional body, family and community participation, besides aiming to understand if the Psychiatric Reform Guidelines are accepted and put into practice by professionals, identifying their specificities and difficulties, giving visibility to the positive points and suggestions of new practices, that can contribute to a better work of the CAPS and to the strengthening of public health policies in the municipality. As a methodology, semi-structured interviews were conducted, one with the Coordinator of Mental Health of Campos dos Goytacazes and one with an administrative representative from each of the four CAPS that exist in the city. According to the information gathered, it is concluded that most of the results obtained are directly related to the professional commitment. In addition, it can be concluded that the process of Psychiatric Reform is gradually being inserted into the work routine of the CAPS.

Keywords: CAPS; Mental Health; Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossociais

CAPSUL – Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil

LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

UAI – Unidade de Acolhimento Infantil

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
Objetivo Geral.....	11
Objetivos específicos.....	11
Justificativa.....	11
Metodologia.....	12
I O SISTEMA PSIQUIÁTRICO BRASILEIRO E O SURGIMENTO DOS CAPS	13
1.1 A Reforma no sistema psiquiátrico brasileiro.....	13
1.2 O consumo de álcool e drogas no Brasil.....	15
1.3 Os Centros de Atenção Psicossocial.....	17
II CAPS E ALGUMAS EXPERIÊNCIAS	20
2.1 Os CAPS no Estado de Minas Gerais.....	20
2.2 CAPS I no Município de Cascavel – PR.....	21
2.3 Uma experiência do CAPS no Estado do Rio Grande do Sul.....	22
2.4 A estrutura dos CAPS no Município de São Paulo.....	24
III OS CAPS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES	28
3.1 O funcionamento dos CAPS de acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental no município.....	28
3.2 Os CAPS na prática: recepção e acolhimento aos usuários.....	33
3.3 Corpo Profissional e Atividades Oferecidas aos Pacientes.....	35
3.4 Participações da Comunidade e Familiares.....	36
3.5 Alimentação e Medicação.....	38
3.6 Estrutura física e Recursos Financeiros.....	38
3.7 A Prática da Reforma Psiquiátrica.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	48
APÊNDICE A	49

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde o final da década de 1980, no Brasil, discussões a respeito da necessidade de novas políticas públicas, bem como de serviços e programas voltados para a reestruturação da assistência psiquiátrica no país aumentaram.

No sentido de construir um novo estatuto social para o doente mental, a Reforma Psiquiátrica no País, adveio a fim de que fosse assegurada a garantia da cidadania, do respeito a direitos e a individualidade dos cidadãos. Nessa perspectiva, a mesma traz como proposta trabalhar para a desconstrução da ideia de instituição como prisão, possibilitando convivência familiar e comunitária, o que permite inferir que é um processo político e social que se estende do governo federal ao municipal, assumindo assim a administração pública, suma importância nesses processos.

Segundo Marshall (1987), citado por Rietra (1999, p.7), a intervenção do Estado nas questões sociais é feita por meio das políticas sociais, ou seja, relação social que se estabelece entre o Estado e as classes sociais. Este vínculo se traduz em uma relação de cidadania, que se perfaz no reconhecimento de uma igualdade humana básica e no estabelecimento de um conjunto de direitos e deveres que vinculam o cidadão a seu Estado.

Os Centros de Atenção Psicossociais, (CAPS), têm como função organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de drogas nos municípios. Portanto, consistem como incumbências dessas instituições realizar acompanhamento clínico diário, proporcionando a reinserção social do paciente, através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Segundo Rietra (1999, p. 13), os CAPS representam uma mudança no padrão de intervenção do Estado na assistência em saúde mental, orientando-se pelas propostas da Reforma Psiquiátrica.

Nessa vertente, levando em consideração a importância da reabilitação psicossocial realizada pelos CAPS, de modo que haja uma reconstrução de valores sociais, assim como a criação de condições e possibilidades para que o indivíduo possa participar de processo de trocas sociais, o presente trabalho monográfico intenciona contribuir com os estudos sobre a temática, a partir de informações e relatos do corpo de funcionários dos CAPS do município de Campos dos Goytacazes, sobre as condições dispostas para a realização do trabalho a que se propõem.

Assim, consistem como objetivos da pesquisa aqui em destaque:

- **Objetivo Geral**

Analisar a estrutura dos CAPS da cidade de Campos dos Goytacazes, no que concerne à recepção dos usuários, a equipe profissional, as atividades oferecidas, a participação familiar e da comunidade, a infraestrutura oferecida e o emprego das Diretrizes da Reforma Psiquiátrica, de acordo com a visão dos seus gestores.

Como efeito será possível agregar informações acerca do tema e avaliar a capacidade dos Centros de Atenção Psicossociais do respectivo município em atingir o objetivo a que se propõem: realizar o acompanhamento clínico bem como, a reinserção social dos usuários por meio do acesso aos direitos humanos e cidadania plena.

- **Objetivos Específicos**

1. Realizar um levantamento bibliográfico sobre o tema Reforma Manicomial;
2. Mapear as unidades de CAPS existentes no município de Campos dos Goytacazes;
3. Proceder às entrevistas com o gestor geral dos CAPS do município e com os representantes de cada unidade;
4. Analisar as percepções dos profissionais gestores dos CAPS, quanto à estrutura e práticas dos serviços, identificando concordâncias e contradições sobre o sistema.

Justificativa

Tendo em vista o encargo do Ministério da Saúde, no que tange a promoção da saúde da população, mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania; Assim, também, a dificuldade de implementar a reforma psiquiátrica e por um dos maiores desafios ser justamente a consolidação desses serviços de atenção diária (HUMBERTO COSTA, 2004), a presente pesquisa justifica-se pela imperiosidade de conhecer a gestão dos CAPS do município, pois no contexto da atenção à saúde para tratamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e, também, de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, considerando a reforma no sistema psiquiátrico, os avanços das políticas públicas e preocupações em obter um modelo de

atenção integral à saúde das pessoas acometidas, precisam ser analisadas, para que assim sejam entendidos a partir da prática cotidiana das unidades. Portanto, a pesquisa realizada insere-se num contexto de análise do trabalho prestado pelo CAPS, oferecendo destaque ao funcionamento do sistema, as percepções dos profissionais gestores, a fim de possibilitar a “voz” de personagens importantes nesse cenário.

Metodologia

Para alcançar os objetivos traçados anteriormente, propôs-se uma pesquisa de campo em caráter de estudo de caso.

Em um primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico, para que além de aprofundamento no tema proposto, pudesse ser decidido o método mais apropriado para desenvolver a pesquisa.

Mediante pesquisa de campo, fez-se um mapeamento das quatro unidades de CAPS pertencentes ao município de Campos do Goytacazes, para obter quantitativos de ambientes e corpo de funcionários.

Visando um aprofundamento da pesquisa, posteriormente a coleta de dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas com o gestor geral dos CAPS da cidade e também com os gestores representantes de cada unidade.

I O SISTEMA PSIQUIÁTRICO BRASILEIRO E O SURGIMENTO DOS CAPS

A população que sofre de algum transtorno mental é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente segundo Fernandes e Moura (2009), citados por Moura, (2011), a segregação não é apenas física, mas permeia o corpo social, como uma barreira invisível que não possibilita a ruptura de velhos paradigmas. A Rede de Atenção à Saúde Mental brasileira é uma das partes que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Psiquiátrica no Brasil deu-se a partir do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que protagonizou e construiu a partir dos anos 70, a denúncia da violência dos manicômios e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da Rede de Atenção em Saúde Mental, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, que pretende desconstruir a ideia que se tinha de hospitais psiquiátricos de longa permanência, que aprisionava o paciente, o exilando do convívio social. Os Centros de Atenção Psicossocial foram desenvolvidos com o intuito de organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2007). As premissas dos CAPS estão em trabalhar dentro de um ambiente acolhedor, em busca de um suporte social ao paciente, preocupando-se com o sujeito, sua singularidade e objetivando sua reinserção social (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a grandeza dos CAPS dentro do Sistema Psiquiátrico brasileiro, é importante conhecer profundamente as fases desse processo de transformação no modelo de tratamento aos pacientes, para que se possa prosseguir com o estudo.

1.1 A Reforma no sistema psiquiátrico brasileiro

As discussões a respeito da necessidade de novas políticas públicas, serviços e programas voltados para a reestruturação da assistência psiquiátrica no país vêm aumentando gradativamente.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica é caracterizada como um processo político e social composto por uma mescla de atores, instituições e forças de diferentes princípios que refletem em distintas localidades, nas três esferas do governo, nas universidades, nos serviços de saúde, nas instituições de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e da opinião pública.

Segundo Hirdes (2007, p.298), nas últimas décadas, observou-se na reforma psiquiátrica brasileira a intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentidão do processo. Nesse contexto, as décadas de 1980 e 1990 estão historicamente situadas como marcos significativo nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, por intermédio do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passaram a denunciar a violência dos manicômios, a hegemonia de uma rede privada de assistência, o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, dentre outras causas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1990), citado por Hirdes (2007, p.298), a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, foi um marco histórico para o setor de saúde mental, que possibilitou mudanças ao nível do Ministério da Saúde. Neste encontro foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”, em que estabeleceu-se que os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometiam-se em promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e proporcionar a sua permanência em seu meio comunitário.

A partir de então, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local, passaram a ganhar mais ênfase.

A Reforma Psiquiátrica pretende construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhes garanta cidadania, o respeito a seus direitos e sua individualidade. Pretende eliminar de forma gradual a internação, que é vista como forma de exclusão social. Tal modelo deve ser substituído por redes de atenção psicossocial. Em abril de 2001 foi aprovada a Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216, que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. No caso de consumo de drogas lícitas ou ilícitas, a prioridade deve estar na recuperação do indivíduo e na reparação dos danos

causados ao mesmo, sua família e a comunidade, evitando imposições privativas de liberdade.

1.2 O consumo de álcool e drogas no Brasil

A criação de políticas públicas no Brasil direcionadas aos usuários de drogas é relativamente recente. Segundo Machado e Boarini (2013, p. 583) até a década de 20 não havia qualquer regulamento oficial sobre drogas ilícitas no país. Esse período constituiu-se como o marco inicial no Brasil do controle sobre drogas e resultou na publicação de uma lei que punia os usuários “que não seguissem as recomendações médicas”.

A prevenção e o tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas não recebia a devida atenção da saúde pública brasileira. Foram criadas então, alternativas de atenção para cobrir essas lacunas, porém possuíam um caráter de regime fechado e tinham como principal objetivo fazer com que os usuários alcançassem a abstinência.

Ademais, os projetos preventivos tratavam o uso de drogas de uma maneira reducionista e adotavam uma postura proibicionista, com o objetivo de alcançar uma sociedade livre dessas substâncias.

Segundo Silva (2012, p.35 e 36), o uso de drogas está presente em toda a história da humanidade e foi passando por diferentes formas de consumo, manuseio e função, chegando até os dias atuais com vários significados, entre eles busca de prazer, alívio imediato, fonte de renda, entre outros. Logo, um dos desafios da contemporaneidade em relação ao uso de drogas, está em refletir os contextos onde ele está inserido ou mesmo o que o mantém e o constrói. Para tanto, é necessário ampliar o olhar para além da droga. Esta percepção caminha cada vez mais para a implantação e manutenção de políticas públicas de inclusão e cidadania, que libertem da prisão os velhos métodos de lidar com os problemas associados ao uso de drogas, que segregam, estigmatizam e violentam os usuários, haja vista, os desafios impostos frente ao fenômeno da drogadição, tão comum em nossa sociedade. O trabalho sobre tais questões deve ser executado dentro de uma proposta preventiva de inclusão e não de repressão, sejam elas preventivas ou clínicas.

Ainda, segundo Silva (2012, p. 36):

Dependência vem de uma palavra latina que significa dependere, ou seja, estar intrinsicamente ligado a algo ou alguém, no caso à droga. É um vínculo desequilibrado que o indivíduo estabelece com as diferentes substâncias psicoativas, um conjunto de sinais que caracterizam a síndrome da dependência. É um fenômeno complexo, que exige um olhar para o indivíduo em diferentes fases da sua vida, dentro de um contexto onde pode fazer o uso de uma ou várias substâncias lícitas, ilícitas ou ambas. Então, não vamos olhar para a droga somente, mas para todo o contexto pessoal, social e psicológico da pessoa.

A partir da segunda metade da década de 80, segurança e saúde pública se uniram no que se refere ao uso e ao abuso de drogas. Diante do aumento da variedade e do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, com apoio dos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas (MACHADO E BOARINI, 2013).

Hoje, no Brasil, a grande maioria das propostas tem seu trabalho voltado intensivamente para a questão da interrupção do consumo, deixando de lado a manutenção do comportamento de mudança. A política pública no âmbito das drogas realiza um grande investimento financeiro nos tratamentos e pouca atenção na prevenção e cuidados pós-tratamento.

Silva (2012, p.38) acrescenta:

Nesse sentido, é necessária a construção de redes de políticas sociais que realmente garantam que esse indivíduo possa voltar a beber moderadamente ou parar de fazer o consumo definitivamente de uma determinada droga, ou mesmo ser reinserido dentro de um programa social que o inclua como cidadão, trabalhador e protagonista de sua própria vida. Se isso não acontecer, ele tem sérios riscos de recair e ficar entregue ao fenômeno anacrônico da invisibilidade social, despatriado da sua história.

A discussão sobre o consumo de álcool e outras drogas tem ganhado relevância cada vez maior no País. Em 2012 realizou-se a segunda coleta de dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), que possibilitou termos acesso a registros desse uso. O levantamento baseou-se metodologicamente na amostragem probabilística, em que foram selecionados aleatoriamente indivíduos de 14 anos de idade ou mais, de todo o Brasil. Foram realizadas 4607 entrevistas. 91% dos entrevistados tinham mais de 18 anos, 52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino, os níveis de escolaridade variaram entre analfabeto (fundamental I incompleto), fundamental I completo, fundamental II completo e incompleto, ensino

médio e técnico completo e incompleto e ensino superior completo e incompleto. A maioria dos entrevistados, 45,2%, pertencem à classe C. Constatou-se que 20% dos adultos que mais bebem, consomem 56% de todo álcool consumido por adultos. 6,8% da população são dependentes alcoólicos, sendo 10,5% entre os homens e 3,6% entre as mulheres. De acordo com a pesquisa, dentre os efeitos prejudiciais do uso da bebida, estão: dependência química, ferimentos causados a terceiros em decorrência do consumo de álcool, efeito prejudicial no trabalho, família ou no relacionamento. Também de acordo com o II LENAD, 7% da população adulta já experimentou maconha, o que representa 8 milhões de pessoas. 600 mil adolescentes já usaram maconha pelo menos uma vez na vida. Salientando que mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes, consomem maconha diariamente. Além disso, foram realizadas pesquisas em relação ao uso do tabaco, cocaína e crack. Em adição, a Organização Mundial da Saúde, apontou que o consumo de bebidas alcoólicas é responsável por 8% de todas as doenças existentes no mundo.

Analisando os números apresentados, pode-se salientar que esses milhares de pessoas precisam receber o tratamento adequado e que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas deve ser uma das prioridades na agenda de políticas de saúde públicas.

1.3 Os Centros de Atenção Psicossocial

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS são instituições que tem como objetivo acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros especialistas. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

O primeiro CAPS surgiu no ano de 1987, na cidade de São Paulo. Nesse primeiro momento foram implantados Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, além de cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

A partir de 1992 as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde, começaram a ser aprovadas em vários estados brasileiros.

O início do processo expansão dos CAPS e NAPS foi descontínuo, pois apesar de regulamentados, não possuíam uma linha específica de financiamento. No final desse período havia em funcionamento no país 208 CAPS, porém cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde com a finalidade de serem usados para a saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

A importância da revisão e crítica dos serviços para as transformações efetivas na vida dos pacientes se dá uma vez que as variáveis relacionadas aos serviços prestados têm um peso significativamente mais importante do que as variáveis clínicas. Um serviço de alta qualidade deverá ter uma alta integração interna e externa. Os serviços constituem-se como a variável que interferem no processo reabilitativo e somente serviços de alta qualidade podem garantir programas reabilitativos de confiança. Dentre as características de um serviço de alta qualidade estão se ocupar de todos os pacientes e a todos oferecem possibilidades de reabilitação. Os serviços que não contemplam essas características acabam gerando hierarquias de intervenção e, os menos dotados, acabam sendo excluídos do processo (SARACENO, 1999, apud, HIRDES, 2007, p. 301 e 302).

Para Rotelli e outros (1990) citados por Hirdes (2007, p.302), a base da instituição inventada a partir dos projetos de desinstitucionalização está na quebra da causalidade linear doença-cura, problema-solução e na reconstrução do objeto enquanto sujeito histórico. As novas instituições deverão estar à altura da complexidade do dever de intervir na sua existência e em seu sofrimento, remetendo ao processo da constante reconstrução deste sujeito.

Os estudos anteriormente citados trazem à tona a questão da instrumentalização dos operadores para a mudança do paradigma. Os novos serviços necessitam de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias.

Destarte, que os dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão se constituir como lugares de passagem, do contrário, sem esta revisão e crítica, a tendência dos novos serviços que trabalham no contexto da reforma psiquiátrica poderá encaminhar-se para a institucionalização. Para que isto não ocorra, torna-se crucial a instrumentalização dos trabalhadores de saúde e de saúde mental, a sensibilização dos gestores de saúde e a permanente preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos.

O serviço é diferenciado para o público infanto-juvenil, até os 17 anos de idade, através do CAPSI, e para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas pelo CAPSad.

II CAPS E ALGUMAS EXPERIÊNCIAS

Em conformidade com o que foi apresentado na seção anterior, implementar a reforma psiquiátrica é uma tarefa difícil, e um dos maiores desafios consiste na consolidação dos serviços de atenção diária. Os CAPS possuem a necessidade permanente de estarem articulados a outras redes sociais, de outros setores afins, para que assim possam suprir a complexidade da demanda de inclusão dos indivíduos acometidos por transtornos mentais, e que por isso são excluídos da sociedade.

Os CAPS podem fazer o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, ao assumirem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados.

2.1 – Os CAPS no Estado de Minas Gerais

Alguns estudos já realizados com alguns dos CAPS em funcionamento no Brasil podem agregar a atual pesquisa. Ressaltam-se como exemplos, um estudo realizado no CAPS do estado de Minas Gerais com o objetivo de responder a seguinte interrogativa: “Os CAPS tem conseguido prestar assistência de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica?”, ou seja, estão promovendo a reabilitação psicossocial dos usuários de forma a serem considerados uma alternativa ao hospital psiquiátrico?

As informações do estudo foram obtidas por meio de três visitas, registradas por intermédio de observações, entrevistas semiestruturadas e diários de campo. O CAPS em questão funciona desde janeiro de 2010 como CAPS III, atendendo 24 horas e durante os sete dias da semana, adultos gravemente comprometidos psicologicamente que necessitam de cuidados contínuos. Está sob sua responsabilidade atender uma população adstrita de 349.980 pessoas.

A equipe de profissionais é composta por: quatro psiquiatras, quinze psicólogos, cinco enfermeiras, dezesseis técnicos de enfermagem, dois farmacêuticos, uma técnica de farmácia, dois assistentes sociais, sete auxiliares de serviços gerais, quatro auxiliares administrativos, quatro vigilantes patrimoniais e um coordenador.

A primeira questão da pesquisa tinha por objetivo descobrir se os profissionais tinham conhecimento a respeito da reforma psiquiátrica. Concluiu-se que para eles as premissas da reforma traduzem-se em algum tipo de tratamento para reinserção do usuário na sociedade e reintegração na família e comunidade.

Na unidade de CAPS analisada, as principais práticas de tratamento realizadas com os pacientes são oficinas terapêuticas, como por exemplo, oficinas de trabalho manuais, sessões de filmes e caminhadas. As atividades são desenvolvidas no período da manhã e da tarde. Além de atendimento psicológico individual e em grupo, consulta com enfermeiro e psiquiatra a cada 15 dias.

Outra prática presente nesse Centro é o acompanhamento terapêutico, que pretende dar alguma autonomia, como por exemplo, ir ao banco ou ao cinema, aos usuários que não são capazes de realizar tais atividades sozinhos. Nesse caso, essa instituição estava prejudicada por possuir apenas dois profissionais habilitados para a prática dessa atividade, tornando-a de caráter eventual.

A instituição procurava desenvolver um trabalho interdisciplinar, de comunicação entre todos os profissionais. Já a integração familiar dos usuários é de baixíssima adesão, não proporcionando os resultados esperados. Segundo Gonçalves e Sena (2001) citados por Queiroz, Ferreira e Silva (2013), não é possível reduzir a Reforma psiquiátrica ao fechamento dos hospitais e a devolução dos doentes às famílias, sem levar em conta as dificuldades geradas pela convivência e pelo cuidado do familiar com transtorno mental.

A respeito da reinserção dos usuários no convívio social, o CAPS III de Minas Gerais tentava realizá-la por meio de iniciativas dos funcionários de levar os usuários considerados mais preparados para realizar atividades fora do Centro, como entrevistas de emprego e atividades físicas, porém esbarravam no preconceito da sociedade para receber esses sujeitos.

Analisando as considerações acima, conclui-se que a reinserção dos usuários na sociedade e o desenvolvimento da autonomia deles estava prejudicada devido à escassez de profissionais e as dificuldades dos profissionais de exercerem seu trabalho frente à exclusão e ao que o indivíduo que possui transtorno mental desperta.

Apesar do desejo dos funcionários de praticarem a reforma psiquiátrica em toda sua potência, os entraves sociais, políticos e relacionais apareciam como obstáculos.

2.2 – CAPS I no município de Cascavel – PR

Outro estudo relacionado à avaliação de serviços em saúde mental foi realizado no CAPS I do município de Cascavel – PR, implantado em 2014, com o objetivo de

atender a crianças e adolescentes com transtorno mental, oferecendo atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por meio de equipe multiprofissional, em um ou dois turnos de quatro horas.

O estudo tinha por objetivo identificar como se dava o processo de trabalho dos técnicos, acompanhando a construção de um serviço que propõe-se a promover a inserção do usuário em seu contexto social e familiar por intermédio de práticas baseadas na diversidade de conhecimentos de uma equipe multiprofissional e na utilização de diversos recursos, identificando as dificuldades existentes em sua área de atuação, além de propostas de melhoria do serviço.

A cidade acelerou o processo de implantação do Plano Municipal de Saúde Mental em 2003, após o fechamento do único hospital psiquiátrico do município credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possuía 315 leitos.

O trabalho de campo foi realizado durante o mês de julho de 2007, com 10 funcionários da unidade, por intermédio de entrevista aberta, a qual possuía três perguntas norteadoras: 1 - como você percebe o atendimento oferecido neste serviço? 2 – Me fale sobre os problemas que identifica no funcionamento do serviço e 3 – Me fale como você poderia melhorar o serviço?

Como resultados e discussões destacaram-se dez temas geradores de significação, sendo eles: bom atendimento, reinserção social, deficiência de recursos humanos, organização de serviços, demanda, referência, participação familiar, atendimento as políticas de saúde mental, capacitação profissional e qualidade dos serviços.

Os resultados obtidos apontaram para boa qualidade do atendimento prestado no CAPS I e busca pela reinserção dos jovens na sociedade. Algumas dificuldades foram apontadas como organização dos serviços, capacitação profissional, participação da família e deficiência de recursos humanos.

A pesquisa demonstrou que apesar de existirem dificuldades que precisam ser superadas pelos profissionais, gestores e sociedade o CAPS I do município de Cascavel percorria o caminho certo.

2.3 – Uma experiência do CAPS no estado do Rio Grande do Sul

Agora com a intenção de conhecer as características do cuidado em saúde mental oferecido por um CAPS II, também na perspectiva de seus profissionais, foi

realizada uma coleta de dados por meio de entrevistas individuais, emergindo destas três temáticas.

Tal estudo foi como subprojeto do projeto “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil – CAPSUL”, produzida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e com o curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel). Os dados foram coletados em municípios dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

O subprojeto foi desenvolvido em duas etapas, a primeira de caráter quantitativo, com base nos dados da pesquisa CAPSUL, feita em um CAPS do Rio Grande do Sul. A análise descritiva dos dados da primeira etapa possibilitou a organização e a formulação do instrumento de pesquisa da segunda etapa de cunho qualitativo.

De um contingente de 22 funcionários, 18 participaram do estudo, três estavam de férias e um não concordou em participar.

A coleta de dados da etapa qualitativa ocorreu no período de dezembro de 2006, por meio de entrevistas semiestruturadas, que tinham como questão norteadora a seguinte interrogativa: “Como o (a) sr. (a) caracteriza o cuidado em saúde mental prestado ao usuário pelos profissionais do CAPS?”.

No CAPS II estudado, eram atendidos cerca de 600 usuários por mês, entre as modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme prevê a portaria ministerial nº336/2002, entre os horários de 8 às 12 horas e das 13 às 17:30 horas.

A primeira característica dos cuidados em saúde mental indicada pelos profissionais entrevistados foi à construção da autonomia do usuário, ou seja, momento em que o usuário consegue demandar cada vez menos dos serviços prestados pelo CAPS.

Os profissionais entendiam que a construção da autonomia faz parte do trabalho realizado por eles e que o CAPS deve atuar na reinserção do usuário fornecendo atividades que vão ao encontro desse pensamento, realizando as atividades dentro da comunidade para que os usuários possam ter contato com os espaços sociais e que sejam reconhecidos pela comunidade como cidadãos.

Os profissionais também salientaram a dificuldade de deixar claro para os usuários que o CAPS é um serviço de saúde como qualquer outro, ou seja, possui um

começo e um fim, isso acontece, pois muitas vezes o centro não é percebido como um lugar de suporte terapêutico e sim como o único lugar de troca social.

Incluso a isso, outra característica observada foi a doença como principal causa do atendimento, uma prática considerada herança dos tratamentos manicomiais e também da formação dos profissionais. Segundo Oliveira (2007) citado por Mielke e outros (2011), a atenção em saúde mental exige dos profissionais habilidades e experiências que não são encontradas no cotidiano da formação em saúde.

Os profissionais do CAPS buscavam motivar o usuário para que ele percebesse que o primordial é o ser humano e não a doença. De acordo com Amarante (1996) citado por Mielke et al (2011) “ O olhar deixa de ser exclusivamente técnico e clínico, o que, na tradição basagliana, seria colocar a doença entre parênteses.”.

A pesquisa ressalva que a doença não pode ser negligenciada, pois se assim for feito não haverá verdadeiramente auxílio ao usuário em sua vida social.

A última característica percebida em relação ao cuidado em saúde mental foi a preocupação da equipe com os usuários. Para que haja a reabilitação da pessoa é importante que o trabalho realizado seja coletivo, com participação do usuário e da família, implicando também criatividade e interação entre várias áreas.

O estudo possibilitou a percepção sobre a preocupação dos profissionais do CAPS II em conseguirem contribuir para a reabilitação psicossocial do usuário. A questão do foco na doença e o fato dos usuários possuírem o desejo de manter o vínculo permanente ao CAPS II são obstáculos, próprios do processo de Reforma, a serem enfrentados pelo serviço, e que serão transpostos por meio de enfrentamento e troca de ideias em mudanças na atenção psicossocial.

Tem de se levar em consideração a possível defasagem dos resultados, visto que a pesquisa foi realizada no ano de 2006, e a importância do reconhecimento desses aspectos por parte dos funcionários do CAPS estudado, que buscam converter as condutas estabelecidas, positivando a reabilitação psicossocial do usuário.

2.4 – A estrutura dos CAPS no Município de São Paulo

Além de pesquisas que estudam se os profissionais trabalham tendo ciência das premissas da reforma psiquiátrica e que procuram identificar como se dá o processo de trabalho dos profissionais, um estudo realizado por Nascimento e Galvanese (2009) teve por objetivo avaliar a estrutura dos CAPS do município de São Paulo, descrevendo a

estrutura física, recursos humanos e as modalidades de atenção que eram utilizadas nos Centros.

Os autores demonstraram a preocupação com o fato de existirem muitas questões em torno da inserção dos CAPS, como por exemplo, se os Centros trabalham para reabilitação psicossocial dos usuários ou se estão se afastando desse objetivo e trabalhando como ambulatorios frequentados com baixa frequência ou intensivamente pelos pacientes. Um censo realizado por Mbaya et al (1998) citada por Nascimento e Galvanese (2009) mostrava que embora 10 hospitais do Reino Unido tivessem a maioria dos seus serviços voltados para reabilitação psicossocial dos pacientes, na prática, a maioria dos pacientes recebiam tratamentos psicoterápicos sem qualquer vinculação com projetos de reabilitação.

Ainda segundo o estudo citado acima, o município de São Paulo foi sede do marco na proposta de serviços substitutivos aos tratamentos que antes eram realizados com uma característica quase exclusivamente hospitalar, pois em 1987 o primeiro CAPS do Brasil foi instalado nesse município.

Para desenvolver o estudo foram analisados 21 dos 22 CAPS I E II que estavam em funcionamento até dezembro de 2007, destes, 5 localizavam-se na região Norte do município, dois na região Sul, quatro na Centro-Oeste, 5 na leste e 5 na sudeste.

A pesquisa avaliou três dimensões, a saber, estrutura, processo, e resultados. Como metodologia foram utilizadas observações etnográficas e entrevistas semi-estruturadas, além de um estudo de corte envolvendo os usuários intensivos dos serviços. Ademais, foram coletados dados em cada serviço, por meio de um instrumento padronizado, com questões que envolviam a estrutura física dos serviços, recursos humanos, procedimentos de entrada, acompanhamento e alta, e atividades desenvolvidas dentro do Centro e também fora dele. A coleta dos dados ocorreu entre abril de 2007 e abril de 2008.

Como discussão e resultados os pesquisadores constataram que dos 21 CAPS, apenas 3 foram criados como CAPS, os 18 restantes surgiram ou como ambulatorios ou como hospitais-dia. 11 CAPS funcionavam em locais alugados, sendo que alguns possuíam estrutura física inadequada quanto à disposição das salas e também para circulação interna. O restante funcionava em prédios que pertenciam a Secretaria Municipal de Saúde. 11 CAPS funcionavam em imóveis de dois andares e desses, 10 não possuíam acessibilidade a pessoas com necessidades especiais. Todos os Centros observados possuíam espaço para prática de atividades ao ar livre.

Quanto aos documentos, todos os CAPS mantinham prontuários de registro e informações. Em alguns os registros de frequência e participações nas atividades eram feitos diariamente, já em outros o registro era pontual, marcava o início do atendimento, troca de projetos terapêuticos e situações de crise.

Atuavam como gerente profissionais de distintas profissões, como, por exemplo, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e enfermeiros. Quatro CAPS não possuíam terapeutas ocupacionais e dois deles não possuíam assistentes sociais. Em todos havia ao menos um psiquiatra. Três unidades realizavam diariamente reuniões com a equipe técnica e nos outros as reuniões eram semanais.

Em relação ao atendimento 17 Centros atendiam demanda espontânea além de encaminhamentos de outros serviços. Já os 4 demais, atendiam apenas pacientes encaminhados de outros serviços. Em 6 unidades os pacientes que recebiam alta poderiam voltar a ser atendidos sem passar por nova triagem. Em outras 6 unidades os pacientes com alta eram encaminhados para unidades básicas de saúde.

Como principais dificuldades para a alta dos usuários, os profissionais salientaram a falta de profissionais da área de saúde mental nos Centros e as dificuldades de fluxo. Os CAPS apresentavam grandes variedades de atividades realizadas, dentre elas as principais eram: atividades grupais com os usuários praticadas dentro e fora do CAPS; atendimento médico individual; atendimento aos familiares; visitas domiciliares; acompanhamento terapêutico e atividades organizativas. As atividades grupais com usuários realizadas dentro do CAPS se dividiam nas seguintes modalidades: atividades de arte e cultura; atividades psicoterapêuticas; atividades para socialização; artesanato; atividades físicas, entre outros grupos diversos. As atividades em grupo realizadas com os usuários na maioria das vezes eram desempenhadas em clubes da região, institutos culturais e bibliotecas.

Em suas considerações finais os autores concluíram que os CAPS que atendiam adultos e estavam vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, apresentavam grande heterogeneidade em sua organização e funcionamento. Quanto à estrutura pode-se perceber diversidade nas instalações físicas. As equipes de profissionais eram bem heterogêneas, para alguns serviços havia maior concentração de psicólogos e para outros as equipes eram compostas por profissionais de diversas formações.

Também, concluiu-se que os diferentes tipos de atividades que eram realizadas de acordo com cada CAPS estudado, podem estar relacionados às diferentes

características socioeconômicas do local em que o Centro está inserido, além dos recursos de saúde, lazer, esportes e cultura que existem e estão disponíveis na região.

III OS CAPS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

O município de Campos dos Goytacazes conta com o serviço de quatro CAPS, a saber, CAPS I Dr. João Castelo Branco, CAPS ad III Dr. Ari Viana, CAPS III Dr. Romeu Casarsa e CAPS II Dr. João Batista Araújo Gomes. O programa de Saúde Mental em Campos conta ainda com Emergência Psiquiátrica, PU psiquiátrico, Residência Terapêutica, UAI (Unidade de Acolhimento Infantil) e Ambulatório Psiquiátrico do Hospital São José. Todos são dispositivos que compõem a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, instituída com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013, e segundo o ministério da saúde, com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde.

Crianças de 0 a 17 anos, 12 meses e 29 dias são atendidas no CAPS I, que atua das 8h às 18h. Pessoas com distúrbios neuróticos ou psicóticos graves, maiores de 18 anos, são atendidos pelo CAPS II, que também funciona no período das 8 horas da manhã às 17 horas da tarde. Os pacientes com transtornos mentais graves, que necessitam de assistência diária, são atendidos pelo CAPS III que funciona 24 horas, oferecendo leitos para os usuários que apresentarem quadro de surto ou alteração no comportamento. Já dependentes químicos, ou seja, usuários de álcool e outras drogas são atendidos pelo CAPS ad III 24 horas.

A pesquisa de campo proposta no presente trabalho foi realizada nas duas últimas semanas do mês de novembro do ano de 2016, do dia 21/11/16 ao dia 02/12/16. O primeiro contato foi de visita aos Centros, para conhecer o local e apresentar a proposta da pesquisa. Na semana seguinte as entrevistas foram realizadas. As mesmas foram propostas com a intenção de conhecer o serviço prestado desde como os pacientes chegam até os Centros, a recepção, até as estrutura física, a reinserção social e se o trabalho é feito dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica.

3.1 – O funcionamento dos CAPS de acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental do município

O primeiro encontro foi com a coordenadora de Saúde Mental do município, Carla Prestes (nome fictício), graduada em serviço social, ocupante do cargo de

coordenadora há três anos. Segundo as informações passadas pela mesma, os pacientes chegam até os Centros por demanda espontânea ou por encaminhamento de algum outro dispositivo da RAPS. Ao chegar, qualquer profissional, seja de ensino médio ou superior, do Centro pode realizar o acolhimento. Nesse primeiro momento o profissional identificará qual a demanda do atendimento do usuário e lhe encaminhará para o especialista responsável, podendo este ser assistente social, psicólogo, médico ou psiquiatra. De acordo com as conclusões do especialista, se o paciente é identificado como demanda CAPS, o tratamento, que pode ser realizado em grupo ou de forma individual, nas modalidades intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Caso seja identificado que as necessidades do paciente não preenchem uma demanda para CAPS, esse usuário será encaminhado para o respectivo dispositivo da rede que atenda suas necessidades.

Cada paciente depois de recepcionado passa a possuir um Projeto Terapêutico singular, que contém as diretrizes do tratamento do usuário, como por exemplo, data de consultas e grupos a serem frequentados. Pacientes em crise podem ter a necessidade de permanecerem no CAPS, sendo assim, esses permanecerão nos leitos que são oferecidos nos Centros, até que seu quadro seja estabilizado. A coordenadora frisou que existe um tempo de 72 horas para que o paciente tenha seu quadro estabilizado e que tal tempo deve ser respeitado, do contrário passa a configurar um caso de internação, contrapondo as diretrizes do CAPS e a proposta da Reforma no Sistema Psiquiátrico, que trabalham em prol da luta antimanicomial, em que, segundo Lüchmann e Rodrigues (2005),

A ruptura com o modelo manicomial significa, para o movimento, muito mais do que o fim do hospital psiquiátrico, pois toma como ponto de partida, de acordo com Abou-Yd & Silva¹², a crítica profunda aos olhares e concepções acerca deste fenômeno. Significa a "contraposição à negatividade patológica construída na observação favorecida pela segregação e articuladora de noções e conceitos como a incapacidade, a periculosidade, a invalidez e a inimputabilidade". "Significa ainda mirar a cidade como o lugar da inserção"; a possibilidade de ocupação, produção e compartilhamento do território a partir de uma cidadania ativa e efetiva.

As equipes dos CAPS são compostas por clínicos gerais, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psiquiatras. Segundo a coordenadora, hoje, os CAPS do município contam com a equipe mínima, em suas palavras:

“Hoje a equipe é mínima... deveria ser maior, nós hoje técnicos, achamos que deveria ter pedagogo, professor de educação física, faz falta uma fonoaudióloga.”

Quando questionada sobre o que falta para que os Centros passem a ter esses profissionais, sua resposta foi “*vontade política*”.

Quanto às atividades que são realizadas com os usuários, de acordo com a coordenadora, os Centros realizam atividades externas, praticadas nas áreas de lazer do município como, por exemplo, Vila Olímpica para prática de esportes, praças para realização de rodas interativas e os teatros para atividades culturais. As atividades realizadas dentro dos dispositivos são rodas de conversas, assembleias, trabalhos manuais, dentre outras.

No caso das atividades, a coordenadora explicita que dentre as condições de trabalho em que os profissionais se encontram, tais práticas só são possíveis graças ao empenho dos profissionais, ela diz:

“Mas isso é muito da militância dos técnicos, nós não temos equipamentos para isso. É muito da militância, pega, bota no seu carro e leva. Faz parte dessa modalidade de atendimento, faz parte esse trabalho extra muro. Hoje é muito vontade profissional, não deveria ser, mas hoje é assim.”

O contato com a família é feito por meio de reuniões nos Centros, atendimento familiar individual, ou seja, a família é convocada para um encontro no CAPS para tomar conhecimento da situação do usuário, fornecer informações pertinentes ao acompanhamento psicossocial, receber orientações quanto ao manejo com familiares e meios de contribuição com o tratamento, além de receber apoio profissional. Porém, segundo a coordenadora, o contato da família com o CAPS costuma ser complicado, pois alguns familiares não têm conhecimento de como é feito o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial, onde os CAPS são enxergados como manicômios, lugares em que o paciente deve ficar recluso. Outros sequer frequentam as reuniões.

“A família geralmente gosta de mandar e esquecer o paciente.”
– Carla.

A comunidade, segundo as informações passadas pela coordenadora da Saúde Mental do município, tem efetivado uma maior participação e aceitação em relação aos CAPS, porém já houve na cidade manifestações organizadas pelos moradores da cidade, com elaboração de abaixo assinado para que os CAPS I e Álcool e outras Drogas, localizados no Centro da cidade fossem removidos daquela localidade.

“Doido, dependente químico, no Centro da cidade ninguém quer né? É feio, faz mal pros olhos.” – Carla.

A respeito da inserção dos ideais da Reforma Psiquiátrica nos CAPS, a coordenadora relatou que as coisas não se tornam mais fáceis. Dentre o corpo de profissionais, os mais jovens possuem mais conhecimento a respeito da Reforma e são mais adeptos das práticas de desinstitucionalização a qual se propõe.

Segundo Rotelli, citado por Hirdes (2007),

Rotelli vê a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas.

Os profissionais formados há mais tempo, não em sua totalidade, porém grande parte tem maior dificuldade de se desprenderem das formas de cuidados praticadas nos manicômios, o que consoante Ferro (2009, p. 754), o sujeito atendido deveria ser retirado de seu meio social, internado em hospitais psiquiátricos, que trabalhariam para cura do indivíduo e depois reinserido à convivência social.

Para a coordenadora, deveria existir um concurso específico para a área da saúde mental, onde os profissionais fossem obrigados a estudar a Reforma Psiquiátrica antes de trabalharem nesse ambiente. Ainda segundo Carla, alguns cursos foram prestados aos profissionais, mas assim como a organização das atividades desempenhadas pelos usuários depende da militância profissional, os cursos também foram organizados por esse grupo de profissionais mais engajados nessa causa. Além disso, como muitos

profissionais dos CAPS do município não residem na cidade, a adesão aos cursos diminui, pois, os profissionais cumprem com seu turno de trabalho e retornam a suas cidades.

No que diz respeito à estrutura física, três dos quatro CAPS do município atuam em casas alugadas. Segundo a coordenadora, as casas se encontram com a estrutura física prejudicada e deveriam oferecer maior infraestrutura e área verde aos pacientes.

As medicações dos usuários são responsabilidade da assistência farmacêutica, que de acordo com a coordenadora, prestam um bom trabalho e não deixam faltar remédios.

Os CAPS fornecem alimentação, por intermédio de empresa terceirizada. As refeições fornecidas são café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar para os pacientes que passam as noites nos leitos. Para tanto, mantem-se um controle da quantidade de pacientes que estão frequentando os Centros, de modo que não falem refeições para nenhum usuário. A coordenadora ressaltou, que por a alimentação ser fornecida por uma empresa terceirizada, não há distinção dos pratos que são oferecidos para os pacientes diabéticos, por exemplo, e assim os próprios profissionais orientam os usuários sobre o que comer ou deixar de comer. Segundo Carla, há aproximadamente 10 anos as refeições eram produzidas nos próprios Centros, porém essa prática esbarrava em alguns entraves como a dificuldade para armazenar os alimentos e também a assiduidade na frequência das cozinheiras, pois quando elas faltavam ou os outros profissionais cozinhavam ou os pacientes ficavam sem as refeições deste dia.

A maior dificuldade citada pela coordenadora é executar o plano de trabalho por falta de recursos financeiros.

“A saúde mental tem um repasse fundo a fundo, só que nós não temos como alcançar isso. Nós sabemos que o recurso vem, sabemos quanto vem, mas não temos como usar. Esse ano foi dois mil reais para o ano todo. Pra ser utilizado pra comprar material de consumo, papel, material de oficina.” – Carla.

Na visão da coordenadora, se os CAPS tivessem acesso a esses recursos, muitos investimentos poderiam ser feitos para a melhoria do atendimento aos usuários, carros poderiam ser adquiridos ou alugados, o que ajudaria na realização das atividades

desenvolvidas fora dos Centros e visitas médicas. Além disso, instrumentos musicais poderiam ser adquiridos, dentre outros.

Outra questão relatada pela coordenadora foi à dificuldade dos pacientes de “enxergarem a porta de saída”, o que significa dizer que os pacientes não entendem que o CAPS é um local onde eles vão frequentar para realizar um tratamento com início, meio e fim. Como solução, o corpo profissional tem tentado realizar o matriciamento dos profissionais da atenção básica, o que segundo o ministério da saúde significa um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica, para que os pacientes sejam tratados ainda lá, sem a necessidade de serem encaminhados aos CAPS.

Por fim, na concepção da coordenadora de Saúde Mental da cidade, os Centros aqui instalados produzem resultados satisfatórios. Apesar de a cidade possuir apenas uma Residência Terapêutica, que são lugares que acolhem pessoas com transtornos de saúde mental ou usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e sem vínculos familiares, esta foi capaz de colher muitos frutos, trazendo autonomia aos usuários.

3.2 – Os CAPS na prática: recepção e acolhimento aos usuários

Após realizar a entrevista com a coordenadora da Saúde Mental do município e ter uma visão geral de como um CAPS deve trabalhar, a segunda parte da pesquisa requeria uma entrevista com cada um dos administradores dos quatro CAPS da Cidade para conhecer cada um em suas especificidades.

O primeiro CAPS visitado foi o CAPS ad III Dr. Ari Viana, localizado na Rua Jose do Patrocínio, 102, no Centro da cidade. As informações foram concedidas por Fernando Souza da Silva (nome fictício), técnico em enfermagem lotado como assistente administrativo.

O CAPS I Dr. João Castelo Branco, também localizado na Rua José do Patrocínio, foi a segunda unidade a ceder às informações, a psicóloga Julia de Siqueira (nome fictício), que exerce a profissão no dispositivo concedeu a entrevista.

Em seguida o Centro visitado foi o CAPS III Dr, Romeu Casarsa, localizado na Rua Primeiro de Maio, 43, Centro da cidade. Nesse dispositivo as informações foram cedidas pela assistente administrativa Eliane (nome fictício), técnica em enfermagem.

O último CAPS a ser visitado foi o CAPS II Dr. João Batista Araújo Gomes, localizado na Rua André Luiz, nº 54, no bairro Jardim Carioca – Guarus, nessa unidade

quem forneceu as informações pertinentes à pesquisa foi a assistente social Marina (nome fictício).

Todas as unidades trabalham de portas abertas, dessa forma o paciente pode ter o seu primeiro contato por iniciativa própria ou encaminhado por algum dos dispositivos da RAPS. Ao chegar a qualquer uma das unidades o paciente é recebido por um profissional na recepção, que irá analisar as suas necessidades e constatando demanda CAPS, o profissional marca um dia para que um especialista o atenda de acordo com sua necessidade ou o encaminhe para o CAPS adequado, se, por exemplo, um usuário de álcool ou outras drogas fizer o seu primeiro contato em um CAPS III que atende o caso específico de pacientes com transtornos mentais, o profissional que recepcionar o usuário o encaminhará para a unidade adequada. Ainda sendo mais específico pacientes com transtornos mentais que moram em Guarus, realizam o tratamento no CAPS II que está situado naquele bairro.

A psicóloga do CAPS I relatou que em caso de dúvidas sobre qual a real necessidade do paciente, este passa a frequentar por três semanas consecutivas um grupo de recepção que reúne algumas categorias de profissionais como psicólogos e assistentes sociais que irão realizar uma análise mais aprofundada do paciente e a partir de então realizam uma avaliação para saber se este possui o perfil para frequentar o CAPS ou não. O referido CAPS infantil atende crianças com transtornos mentais graves ou outras questões que envolvam sofrimento psíquico, havendo grupos de adolescente relacionados a suicídio e auto lesão não suicida, grupos de adolescente envolvidos com substâncias psicoativas e grupos de autismo. Cada grupo funciona de forma isolada com sua demanda específica. No CAPS ad foi relatado pelo assistente administrativo que o paciente depois de acolhido, é encaminhado para um grupo de recepção que acontece em dois encontros, a partir do segundo o paciente recebe o seu projeto terapêutico.

O CAPS III, que atende pacientes com transtornos mentais e funciona pelo período de 24 horas, possui seis leitos para atender aos pacientes que estão em crise e chegam encaminhados do PU psiquiátrico. Antes de encaminhar o paciente o PU entra em contato com o Centro de Atenção Psicossocial, se todos os leitos já estiverem ocupados o paciente não é aceito pelo CAPS.

3.3 – Corpo Profissional e Atividades Oferecidas aos Pacientes

Em todos os CAPS a equipe de profissionais é composta por psicólogo, psiquiatra, assistente social, clínico geral, técnico em enfermagem e enfermeiro, com exceção do CAPS ad que também conta com um farmacêutico. A equipe é mínima em todas as unidades, atendendo apenas a portaria que regulamente os CAPS, N°336 de 19 de fevereiro de 2002. Foi declarado por todos os representantes entrevistados a insatisfação quanto ao contingente profissional. Em todas as entrevistas foi ressaltada a falta que um TO – Terapeuta Ocupacional – faz na equipe, além de professores de educação física, pedagogos, fonoaudiólogos e oficineiros, permitindo também, um aumento das equipes das categorias de profissionais já em ação. A ausência dessas categorias de profissionais deixa uma lacuna no tratamento oferecido pelos Centros. De acordo com o assistente administrativo do CAPS ad, recentemente o Centro passou a contar o apoio de estagiários, que passaram a contribuir para o melhor funcionamento do dispositivo, além de aumentarem a equipe profissional, eles permitem um relacionamento mais estreito entre o dispositivo e as universidades que colaboram com as atividades extra muro e estreitam os laços com a comunidade.

Os quatro Centros oferecem aos pacientes um projeto terapêutico, e é a partir de tal que o paciente é inserido no tratamento, que pode ser individual ou em grupo. Determinado isso, o paciente passa a frequentar as atividades oferecidas diariamente pelo dispositivo. As atividades desenvolvidas em todos os CAPS são divididas em dois grupos, as que acontecem dentro do Centro, e as que acontecem em áreas externas.

O CAPS ad disponibiliza grupos de reflexão e oficinas terapêuticas, como exemplo de atividades desenvolvidas dentro do Centro. Já as atividades extra muro acontecem a partir de uma programação fechada pelos profissionais a cada semana e podem incluir rodas em praças e visitas aos museus da cidade, por exemplo.

No CAPS I os jovens fazem oficinas com temas que são escolhidos de acordo com datas especiais como Dia das Crianças, Páscoa, Natal, e realizam também atividades recreativas livres que tem o intuito de estimular a socialização entre eles, essas atividades são supervisionadas por enfermeiros, psicólogos ou estagiários. Como atividades extra muro o Centro infantil realiza piqueniques, visitas ao corpo de bombeiros, praticam atividades externas dentro do que a cidade oferece como opções de entretenimento, como por exemplo, a cidade das crianças.

O CAPS III também oferece oficinas, inclusive no dia da entrevista estava acontecendo uma atividade denominada “Corpo em Movimento”, onde uma equipe de profissionais reuniu os pacientes para uma dinâmica com roda e música. As atividades externas são realizadas apenas em um dia da semana, onde os profissionais definem um itinerário ou um local para ser visitado e são os estagiários que acompanham os pacientes.

Já no CAPS II os pacientes possuem uma rotina de atividades, às segundas-feiras acontece o grupo “Bom Dia” e o “Cinema no CAPS”, as terças os pacientes praticam esportes na Vila Olímpica, participam do grupo de higiene e beleza denominado “Educação para a saúde” e nas sextas-feiras os grupos realizados são “Arte e Terapia” e o grupo de Culinária.

3.4 – Participações da Comunidade e Familiares

Quanto à participação, aceitação e visão da comunidade sobre os Centros de Atenção, cada tipo de CAPS recebe um tratamento distinto. No que diz respeito ao CAPS álcool e drogas, segundo o assistente administrativo, o contato mais próximo entre a comunidade e o dispositivo se dá por intermédio das palestras que são realizadas pelos profissionais em escolas que fazem o convite para tal feito, o que funciona como uma forma de divulgação do serviço fornecido pelo CAPS, assim muitas pessoas passam a conhecer o serviço fornecido pelo Centro e tem o seu primeiro contato.

Com o CAPS III e o CAPS ad a relação com a comunidade é mais conturbada devido ao preconceito que a sociedade tem com pessoas com transtornos mentais graves e com usuários de substâncias psicoativas, assim raramente a comunidade participa de forma efetiva e espontânea em situações que envolvem os Centros de Atenção Psicossocial.

No CAPS II a relação com a comunidade é mais estreita, o mesmo encontra-se localizado em um bairro residencial e de acordo com a assistente social a vizinhança ajuda no que pode. Em datas comemorativas eles recebem ajuda com mantimentos, materiais de papelaria entre outras doações. O CAPS infantil não tem nenhum exemplo específico de relação com a sociedade, além do contato estabelecido enquanto se realiza as atividades extra muro.

A presença da família no tratamento é muito importante para o alcance de resultados satisfatórios. Entretanto, além de ajudar no tratamento, os familiares também

necessitam receber um suporte para lidar melhor com o desgaste físico, emocional e psicológico.

Segundo Mielke e colaboradores (2010),

A família antigamente era vista pelos trabalhadores de saúde em geral como a culpada pelo transtorno mental, não podendo contribuir efetivamente durante o tratamento, constituindo-se como obstáculo no processo terapêutico, ficando estigmatizada. O modelo hospitalocêntrico de cuidado à doença mental impôs à família um papel de informante passivo, desconsiderando suas potencialidades. O modo psicossocial tem buscado modificar esse entendimento, demonstrando a importância da família na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. No momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequada, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas demonstram seu comprometimento com o cuidado ao seu familiar adoecido. É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora.

Dessa forma, os CAPS do município tem em sua grade de atividades aquelas direcionadas aos familiares. No geral, os grupos para familiares possuem baixa adesão. No Centro álcool e outras drogas, tal atividade acontece semanalmente e, em que segundo o assistente administrativo do dispositivo, ultimamente tem havido adesão.

No CAPS infantil, durante a semana acontecem reuniões com os familiares, contudo de acordo com a psicóloga, estes não possuem empenho a participação, o que em sua opinião está relacionado à ideia de que, aquele momento é o momento da criança, e, além disso, os pais ou avós, que são geralmente os que possuem mais contato com a criança e o tratamento que estiver sendo executado, aproveitam o momento em que esta se encontra no CAPS para “*respirar um pouco*” das dificuldades que enfrentam em casa.

O CAPS III possui um grupo direcionado aos familiares toda segunda feira às 14 horas, porém como relatado pela assistente administrativa, são poucos os que frequentam. Situação muito parecida ocorre no CAPS II, onde o contato com os familiares partem dos profissionais e ainda assim, os parentes pouco aderem ao tratamento, nas palavras da assistente social da Unidade –

“*Família gosta muito de receber benefício e comer.*”.

3.5 – Alimentação e Medicação

No que diz respeito à alimentação e medicação, os Centros têm que lidar com certas dificuldades. De acordo com as informações fornecidas pelos profissionais, todos os quatro CAPS fornecem alimentação, por meio de empresa terceirizada, que distribui as refeições entre lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar para os pacientes que estão em crise e necessitam passar a noite no leito. Segundo o relato do profissional do CAPS ad, acontece, ainda que com pouca frequência, de faltar comida para pacientes dessa unidade, devido ao grande número de usuários frequentando o dispositivo em determinadas épocas. A justificativa dada para tal aumento inesperado no contingente de pacientes é a dificuldade no controle de adesão do paciente ao tratamento, pois o dependente químico tende a variar na decisão de se tratar, hora aderindo ao tratamento, hora abandonando-o.

Quanto à medicação, como os remédios são repassados por intermédio da secretaria de saúde, se falta remédio na secretaria conseqüentemente, falta nos Centros. O CAPS ad é o único que conta com farmacêutico. O CAPS I, segundo as informações da psicóloga, só dispõe de um medicamento (Haldol). Os quatro CAPS do município contam com alguns tipos de medicamentos, os demais que podem vir a ser necessários para contribuir no tratamento do paciente são prescritos e os usuários que tem melhores condições financeiras arcam com essa despesa e os que não podem comprar tentam adquiri-los por meio dos serviços de farmácia disponibilizados pela prefeitura, como a farmácia popular.

3.6 – Estrutura Física e Recursos Financeiros

Três dos quatro Centros de Atenção Psicossocial do município funcionam em casas alugadas pela prefeitura, apenas o CAPS II, localizado em Guarus funciona em casa própria da prefeitura, que inclusive passou por reforma em 2011. Com exceção deste último dispositivo citado, os demais possuem uma estrutura física antiquada e deteriorada. O CAPS I dispõe de três consultórios que são revezados entre os profissionais, além de sala de espera, recepção, três banheiros e uma área livre nos fundos da residência, que é utilizada para prática das atividades. O CAPS II conta com duas salas de atendimento, uma sala para a coordenação, uma farmácia, um posto de enfermagem, recepção, refeitório, pátio, uma sala para Terapeuta Ocupacional, dois

banheiros dentro da residência e dois fora, configurando a unidade que oferece maior infraestrutura dentre os dispositivos. O CAPS ad possui uma estrutura considerada boa pelo assistente administrativo, que inclui três consultórios, além de uma farmácia e oito leitos. O CAPS III não possui farmácia, dispõe de seis leitos, apesar de ser o dispositivo com maior número de pacientes não oferece uma estrutura que comporte de maneira adequada a todos.

Sobre os recursos financeiros com que os CAPS contam, a situação é bastante preocupante, tendo em vista que todos os entrevistados não sabiam especificar o valor financeiro que os Centros recebem todo ano, além disso, não é estipulada uma data para o recebimento da verba a qual eles teriam o direito de receber. Três dos dispositivos estudados receberam a quantia de dois mil reais para arcar com as despesas relacionadas a matérias de papelaria, limpeza e higiene a ser utilizado durante todo o ano. O assistente administrativo do CAPS ad relatou que nesse Centro essa quantia de dois mil reais não chegou a ser recebida, pois foi bloqueada pela justiça. Os Centros mantêm contato uns com os outros e se ajudam no que diz respeito a material para trabalho. O CAPS III passa por dificuldades ainda maiores, pois faltam luvas, seringas, por exemplo, que são materiais básicos para a realização dos tratamentos. Recentemente, segundo a entrevistada, o Centro estava sob ameaça de suspender os atendimentos por falta de materiais adequados para a realização dos trabalhos. Tal situação não chegou a ser efetivada. Alguns dos Centros, como o CAPS II, já mandaram ofícios para a secretária de saúde solicitando a verba, porém não obtiveram sucesso. Com orçamento limitado os profissionais muitas vezes empregam o próprio dinheiro no trabalho, para comprar tinta, folhas, produtos para artesanato, e ainda utilizam veículos próprio para fazerem o transporte dos pacientes nos dias de atividades extra muro, ou para realizarem as visitas domésticas.

3.7 – A Prática da Reforma Psiquiátrica

A questão do emprego dos ideais da Reforma Psiquiátrica não divide opiniões entre os entrevistados. Para todos, as diretrizes da Reforma ainda são muito novas no mercado, e na maioria das vezes, os profissionais mais novos ou recém-formados que imprimem mais a didática da Reforma no seu modo de trabalho. A maioria dos profissionais começa a trabalhar nos Centros e com o tempo vão se adaptando ao serviço. É consenso entre os profissionais entrevistados que deveria existir um curso de

formação continuada para os profissionais dos CAPS, pois assim, tomariam conhecimento da Reforma Psiquiátrica e logo de início empregariam as suas diretrizes. Ainda, como dificuldade no que concerne à Reforma, um impasse encontrado é lidar com os profissionais com mais tempo de formação, pois muitos desses ainda não se adaptaram as novas lógicas, apresentando com bastante frequência, dificuldades em aceitar os novos métodos de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho monográfico teve como intenção conhecer e analisar a estrutura dos CAPS do município de Campos dos Goytacazes por intermédio da visão dos seus gestores, para agregar informações a cerca do tema e avaliar a capacidade dos CAPS em proceder com o acompanhamento clínico até a reinserção social dos usuários.

Em todas as categorias analisadas (recepção, equipe profissional, atividades oferecidas, participação da família e comunidade, estrutura física, recursos financeiros, alimentação, medicação e visão a respeito da Reforma Psiquiátrica), percebeu-se o conhecimento sobre as diretrizes que regulamentam o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial por parte dos gestores ou seus representantes. Porém a realidade do município conta com diversos entraves como foi perceptível no decorrer da pesquisa.

De forma inesperada, tendo em vista o baixíssimo orçamento de dois mil reais para as despesas de um ano inteiro, a principal queixa dos profissionais não se relaciona às questões financeiras, e sim ao quadro mínimo de funcionários que compõe as equipes.

De forma análoga, a principal força e motivação dos CAPS provêm do empenho dos profissionais de praticarem um serviço de qualidade, mesmo em condições desfavoráveis para que os mesmos sejam realizados. Por meio dos depoimentos dos profissionais, facilmente percebe-se tal característica, quando eles expõem a necessidade de se utilizar do veículo de uso pessoal para realizar atividades referentes ao trabalho, ou ainda quanto às “vaquinhas” citadas, que são propostas para possibilitar as confraternizações com os pacientes e até mesmo para adquirir materiais de consumo, como papel, para dar continuidade às atividades dos Centros. Os funcionários fazem questão de reiterar que um dos sucessos obtidos nos Centros é a integração da equipe, que além dos profissionais concursados e contratados, contam com a dedicação dos estagiários, e trabalham de forma interdisciplinar.

Apesar da Reforma Psiquiátrica ser um avanço no que refere a Saúde Mental, vê-se que é um processo ainda muito incipiente, em que práticas de regimes manicomiais ainda são encontradas dentro dos Centros. Inclusive, todos os dispositivos pesquisados trabalham com a ideia de reinserção social do usuário, e de acordo com seus

representantes, conseguem atingir a meta, mesmo com uma estrutura precária e carência de materiais básicos.

Tem-se, por parte dos profissionais a percepção de saúde como um direito, porém é uma concepção que parece ausente as vistas dos usuários. Entre a comunidade o que pode ser percebido, em meio às opiniões dos funcionários, é que o doente é visto apenas como doente e não como cidadão, e que a mudança dessa concepção ideológica consiste em algo ainda distante.

Quanto à recepção dos usuários, os Centros trabalham de forma quase que padronizada, com pequenas diferenças no acolhimento que é feito ao paciente. A necessidade de um contingente profissional maior precisa ser contemplada o quanto antes. A sobrecarga imposta aos funcionários por um longo período pode causar desmotivação, o que pode vir a prejudicar o serviço prestado aos usuários.

Levando em consideração o Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, que diz que as construções devem ser adequadas a realidade local e seus contextos socioculturais, além de ao número previsto de profissionais das equipes e de usuários, familiares e pessoas integrantes das redes sociais, pode-se considerar que os CAPS do município não possuem capacidade física para atender a demanda que existe na cidade. Segundo a coordenadora da Saúde Mental do Município, Campos é uma cidade de passagem que atende não só aos seus habitantes, mas também tem a responsabilidade de receber nos dois manicômios da cidade, o Sanatório Henrique Roxo e o Hospital Abrigo Dr. João Viana, toda a região Norte do Estado. Sendo assim, a cidade recebe um número muito grande de pessoas que muitas vezes acabam se instalando em albergues ou até mesmo passam a viver em situação de rua, e futuramente procuram o serviço dos Centros de Atenção Psicossocial em busca tratamento, emprego, alimentação, logo, para atender a esse contingente a cidade deveria possuir um número maior de CAPS.

Ainda segundo a coordenadora da Saúde Mental de Campos, existe hoje (novembro de 2016), uma determinação judicial para que em 90 dias os PU psiquiátricos - Pronto Socorros Psiquiátricos deixem de existir na Cidade e passem a funcionar Leitos psiquiátricos dentro de hospitais gerais. A ideia é que esses leitos sejam instalados no Hospital Geral São José, porém ainda há alguma resistência dos médicos em permitirem a implantação dos leitos. O dispositivo PU psiquiátrico vai contra as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, pois trabalha com internações por períodos longos e aprisionamento dos pacientes.

Entre outras vertentes, provavelmente para que se obtenha uma melhor atenção integral à saúde dos pacientes, seja necessário fornecer formação continuada aos profissionais com princípios da humanização e conceitos da Reforma Psicossocial; Faz-se necessário maior interação entre a RAPS e outras redes de saúde, incluindo a prefeitura, a fim de que sejam formuladas e implantadas políticas públicas direcionadas aos usuários dos serviços de saúde pública, não só com o intuito de melhorar o serviço oferecido, mas também, de trazer maior visibilidade a esses Centros que precisam tanto de um serviço profissional de qualidade, quanto do apoio da comunidade. Afinal o grande objetivo desses dispositivos é reintegrar o paciente ao ambiente social, de forma que este se sinta incluído, é devolver a autonomia a esses cidadãos.

A reforma psiquiátrica brasileira, por meio da criação dos novos dispositivos em saúde mental, e também por intermédio da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, vem possibilitando novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural. Os projetos de reforma não são uniformes, as práticas são exercidas de acordo com a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental.

É preciso também, que a Atenção a Saúde Mental e aos usuários de álcool e outras drogas, construam uma realidade de atenção integral, com práticas humanizadas, com a consciência de que é um processo transitório, porém necessário, com profissionais e sociedade que possuam pensamentos e práticas desintitucionalizadas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira and QUEIROZ, Marcos de Souza. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.1, pp.207-215.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE.** Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002. Disponível em: < <https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial> © Psicologado.com> Acesso em: Nov. de 2016.

BRASIL. **Lei 10216 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. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>> Acesso em: Nov. de 2016.

CASTRO, Leandro; MAXTA, Bruno. **Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro***. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto, 2010.

COSTA, PHA et al; **Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura.** 2014. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n336.htm> Acessado em: Nov. de 2016.

FERRO, Luis Felipe. **Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos – Construindo no Presente um Futuro sem Manicômios.** PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>> - Acesso em: Nov. 2016.

LEAL, Rosângela Maria de Almeida Camarano; BANDEIRA, Marina Bittencout; AZEVEDO, Kennya Rodrigues Nézio. **Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais.** Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei – MG – Brasil, Psicologia: teoria e prática, v. 14, n. 1, p. 15-25, 2012.

LÜCHMANN, Lúcia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil.** Florianópolis, SC, 2006.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. **The brazilian psychiatric reform: historical and technical-supportive aspects of experiences carried out in the cities of São Paulo, Santos and Campinas.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

Mielke, Fernanda Barreto; Kantorski, Luciane Prado; Olschowsky, Agnes; Jardim, Vanda Maria da Rosa. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, educação & saúde. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 9, n. 2 (jul./out.), p. 265-276.**

MOURA, Joviane A.; **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial.** 2011. QUEIROZ, Yasmin Livia; FERREIRA Cintia; SILVA Alerrandra. **Práticas em um caps de minas gerais: o relato de uma experiência.** SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP.

REBOUÇAS, Denise; LEGAY, Letícia Fortes; ABELHA, Lúcia. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental.** Rev Saúde Pública 2007.

SCANDOLARA, Ana Silvia, et al. **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR.** Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil, Psicologia & Sociedade; 2009.

SILVA ATMC, Barros S, Oliveira MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto.** Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): 4-9.

SILVA, Eliza; COSTA, Ileno. **Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go.;** Psicol. rev. (Belo Horizonte) v.14 n.1 Belo Horizonte jun. 2008.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; CAMPOS, Rosana Onocko. **A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP*.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental 14.1, Março de 2011.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de.; **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto, 2010.

WETZEL, Christine *et al*; **Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial**. Rio Grande do Sul, 2009.

SILVA, Eroy Aparecida. **Intervenções Clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas**. Álcool e outras drogas. São Paulo, 2012, 1º Edição.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. **Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP**. Ver. Saúde Pública 2009; 43 (Supl. 1) : 8-15.

APÊNDICE



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM - CCH**

GRADUANDA: MARIANA MONTEIRO DE SOUZA

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas realizadas com os Gestores dos CAPS de Campos dos Goytacazes

- Qual a sua formação?
- Qual é o seu cargo ou função no CAPS?
- Qual a proposta do CAPS?
- Qual a clientela atendida (diagnóstico, classe social) e como é feita a triagem?
- Qual o encaminhamento para os pacientes não aceitos?
- Qual o número de vagas/ - Quando não há vagas, qual o procedimento?
- De onde são encaminhados os pacientes?
- Quais são as ofertas terapêuticas? Ou Quais são as atividades oferecidas pelo CAPS aos pacientes?
- Qual o procedimento do serviço nos casos de internação?
- Há acompanhamento dos abandonos e das faltas?
- Em que casos são feitas as visitas domiciliares?
- Quais são os profissionais?
- Como é a relação com os familiares?
- Como é a relação com outros serviços da área?
- Me fale sobre uma situação difícil que você já se deparou e como você a encarou.
- Há alguma maneira dos cidadãos participarem do cotidiano do CAPS?

- Quais as práticas do CAPS que demonstram o compromisso do Centro com a inclusão social?
- O CAPS conta com alguma rede de apoio? Se não, há alguma rede que poderia auxiliar no funcionamento do CAPS?
- A equipe de funcionários é completa, ou em sua opinião, faltam profissionais?
- Você está satisfeito (a) com o serviço oferecido pelo Centro?
- Os profissionais conhecem a Reforma Psiquiátrica?
- Os trabalhos são feitos seguindo as Diretrizes da Reforma Psiquiátrica?