

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY
RIBEIRO

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O EXERCÍCIO DA CIDADANIA NO CONTEXTO DOS
CAPS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE CANTAGALO
E ITAOCARA

WANESSA GONZAGA DE OLIVEIRA

CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ
OUTUBRO/2009

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O EXERCÍCIO DA CIDADANIA NO CONTEXTO DOS
CAPS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE CANTAGALO
E ITAOCARA

WANESSA GONZAGA DE OLIVEIRA

ORIENTADOR: Prof. Dr. HERNAN ARMANDO MAMANI

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Políticas Sociais do Centro de
Ciências do Homem da
Universidade Estadual do Norte
Fluminense Darcy Ribeiro como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Políticas
Sociais, sob a orientação do Prof.
Dr. Hernan Armando Mamani.

CAMPOS DOS GOYTACAZES
OUTUBRO/2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do CCH / UENF

002/2010

O48 Oliveira, Wanessa Gonzaga de

A reforma psiquiátrica e o exercício da cidadania no contexto dos CAPS : reflexões sobre a saúde mental nos municípios de Cantagalo e Itaocara / Wanessa Gonzaga de Oliveira -- Campos dos Goytacazes, RJ, 2009.

254 f. : il

Orientador: Hernan Armando Mamani

Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2009

Bibliografia: f. 235 - 242

1. Políticas Sociais. 2. Cidadania. 3. Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Centro de Ciências do Homem. II. Título.

CDD – 353.648153

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O EXERCÍCIO DA CIDADANIA NO CONTEXTO DOS
CAPS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE CANTAGALO
E ITAOCARA

WANESSA GONZAGA DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais, sob a orientação do Prof. Dr. Hernan Armando Mamani.

Aprovada em 14/10/2009

Comissão Examinadora:

Examinadora: Prof^a Dr^a Denise Chrysóstomo de Moura Juncá (Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz)

Examinadora: Prof^a. Dr^a. Maria Goretti Andrade Rodrigues (Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz)

Examinadora: Prof^a Dr^a Silvia Alicia Martínez (Doutora em Educação pela PUC/RJ)

Prof. Dr. Hernan Armando Mamani (Doutor em Planejamento Urbano e Regional pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da UFRJ) - ORIENTADOR

Aos usuários da saúde mental, aos profissionais militantes da Reforma Psiquiátrica e a todos que lutam por uma sociedade justa e solidária.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos dons que me concedeu, principalmente pela fé, perseverança e coragem nesta caminhada. Aos Santos de minha devoção, pela intercessão.

Aos meus pais: minha mãe Edinete e meu pai Reinaldo, pela dedicação e compreensão.

Aos familiares, pelo incentivo e orações: Madrinha Altiva, Tio Edson Wander, Vovô Edson e, em especial, à Vovó Marinete.

A Filipe, pelos momentos especiais que temos vivido – de afeto, alegria, despreendimento; e também aos momentos menos alegres que têm nos ajudado a amadurecer.

Aos amigos – poucos, mas muito especiais, que eu não teria como citá-los todos; pela compreensão e torcida.

Aos companheiros de trabalho do CAPS de Cantagalo: todos, a sua maneira, vêm contribuindo, desde janeiro de 2007, para o meu crescimento profissional. Em especial, cito Viviane Pereira da Silva e Deise Martins de Sousa, companheiras de trabalho e de ideais.

Dentre os companheiros e companheiras de ideais na Saúde Mental e/ou no Serviço Social, a quem também agradeço pela contribuição nesta jornada, cito a amiga Aline da Silveira Mendes com quem tenho dividido minhas inquietações profissionais e pessoais. O amigo Carlos Antônio Souza de Moraes pelas conversas durante o Mestrado e sobre nossa profissão.

Aos professores da graduação, em especial cito o professor Marco José de Oliveira Duarte – da Faculdade de Serviço Social da UERJ pela contribuição sem par e disponibilidade em acolher e discutir minhas dúvidas e inquietações. A professora Ana Maria de Vasconcelos (FSS/UERJ) pela iniciação na pesquisa.

A todos com os quais tive oportunidade de conviver durante a trajetória na UENF/Campos:

- aos colegas de turma do mestrado, que iniciou em 2007, pela acolhida e companheirismo;

- a todos os professores pela acolhida, paciência e, principalmente, pela qualidade das discussões.

Um agradecimento especial ao professor Hernan Armando Mamani que aceitou o convite para a minha orientação nesta trajetória: pela compreensão, paciência, e disponibilidade para tratar de uma temática que não fazia parte de sua rotina de trabalho e, acima de tudo, pelo rigor com o qual conduziu tal processo. Infinitamente obrigada!

Aos professores participantes da Banca examinadora: professora Denise Juncá (UFF), professora Silvia Martinez (UENF) e professora Goretti (UFF) que aceitaram, de forma tão gentil, o convite para participar deste momento tão especial em minha vida profissional/acadêmica e pessoal. A vocês minha gratidão pelos momentos que dedicaram a este trabalho e pela participação.

A toda a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I pesquisados, em especial aos profissionais que participaram das entrevistas no CAPS de Cantagalo e no CAPS de Itaocara: pela disponibilidade e contribuição neste trabalho.

Aos usuários da saúde mental, pela convivência riquíssima e pela oportunidade de crescimento que têm me proporcionado, por meio desta convivência.

A professora Dith Jones Baptista Soares, pela competência e cuidado com o qual fez a revisão ortográfica deste trabalho.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, participaram deste momento especial de luta e aprendizado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC/SAI – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial (tipo I)

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial (tipo II)

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial (tipo III)

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de álcool e outras drogas

CRAS – Centros de Referência da Assistência Social

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, do Ministério da Saúde

FAETEC – Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro

Graf. – Gráfico

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Of. – Oficinas Terapêuticas

PSF – Programa de Saúde da Família

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização do SUS

PVC – Programa De Volta para Casa

SESCEC – Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social ou de Ação Social

SME – Secretaria Municipal de Educação

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TAB - Tabela

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

TABELA 1. A distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial pelo território fluminense por tipo de CAPS	47
TABELA 2. O consórcio municipal na Saúde Mental no território fluminense: possibilidades da atenção em saúde.....	54
TABELA 3. A distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos pelos municípios do Estado no ano de 2008.....	55
TABELA 4. A forma de admissão ao serviço público nas unidades entrevistadas.....	66
TABELA 4.1. Vínculo empregatício dos profissionais entrevistados por município.....	67
TABELA 5. Experiência em Saúde Mental anterior à admissão nos CAPS I estudados.....	71
TABELA 6. Prioridade da gestão municipal quanto aos elementos positivos e negativos identificados na política de saúde mental por município.....	109
TABELA 7. Atividades desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS I por município.....	143
TABELA 8. A articulação do CAPS I com os outros serviços.....	147
TABELA 9. Maiores incidências no fluxograma dos usuários da saúde mental para outros serviços por município.....	151
TABELA 10. Formas de encaminhamento para outros serviços por município.....	153
TABELA 11. Critérios para implantação dos CAPS I por município.....	165
TABELA 12. A relação entre a estrutura/organização dos recursos e as demandas atendidas pelo CAPS I nos municípios.....	192

QUADROS

QUADRO 1. Evolução dos CAPS no interior Estado do Rio de Janeiro - Regiões Serrana e Noroeste.....	49
QUADRO 2. Cadastro das Unidades dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro – Região Serrana e Noroeste até junho e outubro de 2008.....	52
QUADRO 3. Identificação profissional: profissão e unidade de entrevista.....	58

GRÁFICOS POR ITEM DE ANÁLISE:

3.1. Identificação profissional e proximidade com o debate da saúde mental

GRÁFICO 1. Profissionais entrevistados por município.....	66
GRÁFICO 2. Tempo de formação dos profissionais por município.....	69
GRÁFICO 3. Tempo de experiência na Saúde Mental por município.....	70
GRÁFICO 4. Tipo de experiência anterior na Saúde Mental por município.....	72
GRÁFICO 5. Motivação para trabalhar na área da Saúde Mental por município.....	74
GRÁFICO 6. Cursos realizados por município.....	77
GRÁFICO 7. Áreas do curso de Especialização por município.....	79
GRÁFICO 8. Caracterização da Reforma Psiquiátrica por município.....	80
GRÁFICO 9. A concepção dos profissionais sobre cidadania por município.....	84

3.2. A saúde mental no município: aspectos teórico-práticos

GRÁFICO 10. Concepção dos profissionais sobre a Saúde Mental por município.....	88
GRÁFICO 11. Aspectos facilitadores na implementação da Política de Saúde Mental por município.....	92
GRÁFICO 12. Obstáculos na implementação da Política de Saúde Mental por município.....	95
GRÁFICO 13. Elementos definidores de uma boa política de saúde mental por município.	102
GRÁFICO 14. Elementos definidores de uma política de saúde mental ruim por município.....	106
GRÁFICO 15. Motivos pelos quais o gestor observa os elementos da boa política de saúde mental por município.....	110
GRÁFICO 16: Motivos pelos quais o gestor não observa elementos para uma boa Política de Saúde Mental por município.....	113

3.3. A integralidade e a intersetorialidade: as dimensões da política pública

GRÁFICO 17. A influência da política de saúde na política de saúde mental por município.....	116
GRÁFICO 18. A caracterização da relação entre a política de saúde mental e a política municipal de saúde por município.....	120

GRÁFICO 19. A política municipal que mais se relaciona com a saúde mental por município.....	125
GRÁFICO 20. Avaliação da articulação da saúde mental com as outras políticas municipais públicas por município.....	127
GRÁFICO 21. Caracterização da articulação do CAPS com a rede municipal de serviços por município.....	130

3.4. A integralidade e a intersetorialidade: materialização das políticas sociais na rotina dos CAPS I

GRÁFICO 22. Tipo de demandas das outras políticas sociais para a saúde mental por município.....	134
GRÁFICO 23. Tipo de demandas mais atendidas na saúde mental na percepção dos profissionais por município.....	140
GRÁFICO 24. Caracterização dos temas discutidos nas reuniões com a rede por município.	148

3.5. Os atores na política de saúde mental nos municípios

GRÁFICO 25. Atores na formulação da Política Municipal de Saúde Mental por município.....	156
GRÁFICO 26. Atores na implantação do CAPS por município.....	161

3.6. Aspectos da descentralização na saúde mental nos municípios

GRÁFICO 27. Características da relação entre o CAPS e as esferas de governo por município.....	173
--	-----

3.7. Limites e possibilidade da saúde mental nos municípios: entre a Reforma Psiquiátrica e a Cidadania

GRÁFICO 28. Avaliação da estrutura do CAPS: espaço físico, recursos materiais e recursos humanos por município.....	177
GRÁFICO 29. Caracterização da relação entre Reforma Psiquiátrica e Cidadania por municípios.....	195
GRÁFICO 30. A implementação da Política Municipal de Saúde Mental: a garantia de direitos de cidadania e a integração com políticas sociais por município.....	199

FIGURAS

FIGURAS 1 a 7. OFICINAS TERAPÊUTICAS – CAPS CANTAGALO.....	144-146
FIGURAS 8 a 10. OFICINA TERAPÊUTICA – CAPS ITAOCARA.....	146-147
FIGURAS 11 a 18. ESPAÇO FÍSICO – CAPS CANTAGALO.....	179-183
FIGURAS 19 a 23. ESPAÇO FÍSICO – CAPS ITAOCARA.....	184-185

RESUMO

A reorientação da atenção psicossocial vivenciada no Brasil é fruto de um processo de Reforma Psiquiátrica em curso, desde o final dos anos 1970. Este modelo de produção de cuidado tem como pressuposto a criação de serviços territoriais de atenção em saúde mental que tem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dispositivos estratégicos. Contudo, a construção desse modelo, nos municípios do interior, tem priorizado os CAPS I evidenciando a necessidade de ampliação dessas ações e sua articulação com outras políticas setoriais: desafio para materializar a atenção integral às necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico e de seus familiares. Outro desafio é quanto ao direcionamento desses serviços às propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica e do paradigma da desinstitucionalização, ou seja, a ampliação de espaços de trocas sociais dos usuários e a vida com dignidade. Sendo assim, esta dissertação trata da implementação da política de saúde mental e da atenção psicossocial, no interior do estado do Rio de Janeiro, e tem como objeto os CAPS I dos municípios de Cantagalo e de Itaocara, buscando avaliar se a implementação destes dispositivos de atendimento, em saúde mental, consegue atender as diretrizes do modelo de atenção psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica e a efetivação dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico atendidas no âmbito da política pública municipal de saúde mental.

Palavras-chave: Atenção psicossocial, política sociais públicas, cidadania, intersetorialidade, integralidade.

ABSTRACT

The re-orientation of the psychosocial attention lived in Brazil is the result of a process of Psychiatric Reform used since the end of the 70's. This type of care production has the purpose the creation of territorial services for mental health care that has found in the Psychosocial Care Centers strategic mechanism. However, the construction of this type in small towns has given priority to the CAPS I proving the enlargement of these actions and their articulation with other sectorial polices: challenge to materialize the total attention to the necessities of people with psychic suffering and their family members. Another challenge is related to the direction of these services to the proposals of the mobilization of the Psychiatric Reform and the paradigm of the non-institucionalizacion, that is, the enlargement of spaces of social changes of the users an their lives with dignity. This way, this dissertation is about the implementacion of the mental health police and the psychosocial attention in the countryside of the Rio de Janeiro, and it has the purpose the Psychosocial Care Centers – CAPS I in Cantagalo and Itaocara towns, aiming to evaluate if the implementacion of these kinds of assistance in mental health cares are able to attend the guidelines of the type of psychosocial attention instituted by the Psychiatric Reform and to put into effect the citizenship rights of people with psychosocial suffering that receive attention in the public sphere in their towns.

Key words: psychosocial attention, public social police, citizenship, intersectorality, integrality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	.....	1
CAPÍTULO I	A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O PROBLEMA DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	9
1.1	Os antecedentes históricos.....	10
1.2	A loucura no cenário brasileiro e as diferentes abordagens da questão.....	20
1.3	Do Movimento de Ruptura à Atenção Psicossocial.....	25
1.4	A questão da humanização no debate em saúde e na saúde mental.....	33
CAPÍTULO II	EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE MENTAL NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	44
2.1	Alguns elementos introdutórios da construção da atenção psicossocial no Rio de Janeiro.....	44
2.2	A construção da pesquisa.....	56
2.3	Dificuldades do Estudo – limites da pesquisa.....	60
CAPÍTULO III	A SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE CANTAGALO E ITAOCARA: OS CAPS I.....	63
3.1	Identificação profissional e proximidade com o debate da saúde mental.....	65
3.2	A saúde mental no município: o debate e a prática na percepção dos profissionais.....	80
3.3	A integralidade e a intersetorialidade: as dimensões da política pública na rotina dos serviços.....	114
3.4	A integralidade e a intersetorialidade: materialização das políticas sociais na rotina dos CAPS I.....	133
3.5	Os atores na política de saúde mental nos municípios.....	155
3.6	Aspectos da descentralização na saúde mental dos municípios.....	164
3.7	Limites e Possibilidades da Saúde Mental nos municípios: entre a reforma psiquiátrica e a cidadania.....	177
CAPÍTULO IV	A ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS: OS RESULTADOS DO ESTUDO.....	212
4.1	Pensando alguns resultados encontrados na saúde mental dos municípios de Cantagalo e Itaocara.....	212
CONSIDERAÇÕES FINAIS	.....	227
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	235

ANEXO I	.....	243
ANEXO II	.....	249
ANEXO III	.....	250
ANEXO IV	.....	253

INTRODUÇÃO

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar” (Eduardo Galeano apud Amarante: 2007, pp104).

Esta dissertação trata da implementação da política de saúde mental e da atenção psicossocial no interior do estado do Rio de Janeiro e tem como objeto os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I dos municípios de Cantagalo e de Itaocara. Busca avaliar se a implementação destes dispositivos de atendimento, em saúde mental, tem se orientado no modelo de atenção psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica e se há efetivação dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico atendidos no âmbito da política pública municipal de saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm como orientação prestar atenção psicossocial a pessoas com sofrimento mental grave e persistente, pautados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade, a intersetorialidade, a equidade do cuidado, dentre outros. A criação de serviços municipais como os CAPS está organizada sob bases territoriais e reorienta a perspectiva de atendimento na área, além de aproximar a assistência em saúde mental aos cidadãos. Contudo, essa proximidade é permeada por conflitos de diferentes ordens oriundos do processo de descentralização¹ orientado pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

Primeiramente, porque a municipalização, como uma das formas de descentralização, outorgava maior poder e responsabilidade aos entes municipais, mas exigia também maior capacidade dos mesmos para efetua-las, sem que iniciativas fossem tomadas para dotar essas administrações da possibilidade efetiva para desempenhar seu papel de forma exitosa (Andrade, 1996).

Neste sentido, a municipalização enfrenta a dependência financeira da maioria em relação ao Estado e ao governo federal; o clientelismo político, e a pouca capacidade técnica.

¹Arretche (1996) afirma que existia consenso de que formas descentralizadoras de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas, que fortaleceriam e consolidariam a democracia e, ainda, possibilitariam uma eficiência dos serviços públicos que elevaria os níveis de bem estar da população. Para a autora tal consenso é problemático na medida em que as associações positivas feitas não se constituíam em resultados necessários e automáticos da descentralização. Neste sentido, a democracia depende, na visão da autora, da natureza das instituições encarregadas da tomada de decisão, de um novo papel do governo federal no âmbito da reforma política na condução e regulação das políticas e na diminuição do clientelismo. Depende da construção de instituições que garantissem a capacidade de realização do governo e a capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações no âmbito governamental. Neste sentido, ela argumenta sobre os mitos da descentralização.

E nesta questão, especificamente, o problema seria o tipo de orientação, se democráticas e emancipatórias ou não, que esses técnicos seguem. Em tais condições, até que ponto os profissionais envolvidos podem desenvolver ações emancipatórias, segundo os princípios do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS foram criados com o intuito de se constituir-se em dispositivo de assistência no qual os usuários permaneçam em tratamento intensivo², semi-intensivo ou não intensivo, mas isto encontra dificuldade em se materializar. Contribuem para esse fator a carência de outros serviços para uma articulação entre as políticas sociais; uma dificuldade de mobilização dos recursos nas diferentes políticas sociais; e a dificuldade de aceitação do usuário de saúde mental no cenário extra-manicomial.

Nos últimos anos, o processo de reforma psiquiátrica brasileiro tem sido alvo de críticas por parte de setores conservadores da Psiquiatria³ e de representantes de movimentos de familiares ou de particulares. Acusam o Estado – que assumiu como modelo de política de saúde mental, as propostas de segmentos progressistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil – de relegar a pessoa com sofrimento mental e, conseqüentemente, a seus familiares, à desassistência devido ao fechamento progressivo dos leitos dos hospitais psiquiátricos e a não criação concomitante de serviços substitutivos como os CAPS para atender essa clientela; as dificuldades de atendimento à crise, em virtude dos poucos números de CAPS III; e de demoras em licitações de remédios, dentre outros problemas que a Reforma Psiquiátrica brasileira vem enfrentando.

Tais críticas procedem, parcialmente, tendo em vista as dificuldades em um modelo de atenção relativamente jovem, em processo de consolidação, uma vez que o Movimento da Reforma iniciou, no Brasil, há cerca de 30 anos, e que as iniciativas pioneiras datam de, aproximadamente, vinte anos, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos/São Paulo, ao final dos anos 1980⁴.

O paradigma tradicional – que será abordado no capítulo I - centrado no atendimento psiquiátrico hospitalocêntrico, não oferecia a assistência que visasse à autonomia dos usuários

² A Portaria 336 de 2002 define as modalidades de tratamento no CAPS como intensivo, semi-intensivo e não-intensivo conforme a necessidade de saúde ou nível de autonomia apresentado pelos usuários.

³ Tais como alguns representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria

⁴ O primeiro CAPS criado no Brasil foi na cidade de São Paulo em 1987. Já a cidade de Santos foi a primeira a inaugurar uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao manicômio no Estado de São Paulo e que iniciou com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989, no mesmo ano foi criado o primeiro NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial e nos anos posteriores, Centros de Convivência e Lares Abridados. No Brasil, o número de CAPS, saltaram de 06 entre os anos de 1980 e 1988 para 295 em 2001, ano que a Lei 10.216 foi promulgada; e em outubro de 2005 eram 698 e em 2006 1011. (Brasil, 2005 e 2007)

com sofrimento mental permitindo o convívio com seus familiares. E ao longo de mais de um século no Brasil, desde a criação do primeiro asilo psiquiátrico brasileiro em 1852, no Rio de Janeiro, combinou desassistência e violência no tratamento aos ditos loucos.

Embora muitos municípios no Brasil ainda precisem promover mudanças no âmbito da saúde mental, é inquestionável a transformação ocorrida na área. Isto não significa que a convivência desses usuários com seus familiares, no bairro e no próprio serviço de saúde mental seja harmoniosa ou sem conflitos; e, ainda, que tal situação associada ao manejo moroso dos recursos públicos possa causar desânimo em profissionais e sensação de desalento em familiares. Estes, uma vez que acompanham diariamente a pessoa, em especial nos momentos de crises psiquiátricas, podem, em muitos casos, vislumbrar como alternativa mais rápida o afastamento de seus entes do convívio.

Entretanto, os críticos do modelo de reforma psiquiátrica adotado no país têm feito uso das situações de sofrimento de usuários e familiares para afirmar que a Reforma não tem caminhado. Referimo-nos a reportagens que têm sido veiculadas nos últimos 2 anos⁵ sobre os rumos da assistência em saúde mental, no Brasil, nos quais os problemas cotidianos da Reforma e da concretização da política de saúde mental brasileira têm sido vistos como desassistência. Tais problemas associados à diminuição de investimento em políticas sociais públicas - que em uma sociedade como a nossa, historicamente, marcada pela dependência financeira, pelo subemprego, pelo reforço de estruturas tradicionais⁶ - potencializam expressões da questão social que a maioria da população vivencia.

Nos diversos municípios dos Estados brasileiros, os principais serviços criados foram os CAPS, embora a legislação e documentos oficiais designem como rede de atenção psicossocial todas as modalidades de CAPS e ainda os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Hospitais-Dia, as Redes de Trabalho protegidos. Esta também é uma realidade do Estado do Rio de Janeiro e, em boa parte dos municípios do interior, prevalece o CAPS I para

⁵ A referência a este tempo se refere ao início do mestrado. E as reportagens foram: 1) Jornal "O Globo, 09/12/2007, Caderno O País; pp 14". 2) Revista Época edição 576, de 01/06/2009; Seção Saúde e Bem-estar; pp72-81, a partir de entrevista com o poeta Ferreira Gullar; e 3) A matéria "Vida Louca vida" produzida por Fellipe Awí - fotos de André Coelho - retrata a vida de ex-internos da Casa de Saúde Dr Eiras em Paracambi/RJ, após a intervenção de equipe técnica da Secretaria de Estado Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC) com representantes do município. Tal intervenção resultou no fechamento da referida clínica pelo tratamento desumano e vem promovendo um processo de desinstitucionalização iniciado em 2000 quando contava com 1500 internados. Segundo a própria reportagem, quatro anos antes da intervenção, a casa de saúde registrou 120 mortes de pacientes. (Revista O Globo, Caderno Saúde de 01/02/2009. Ano 5 nº 236; pp.18-21).

⁶ Furtado (1984) Em seu texto "O desenvolvimento como processo endógeno", o autor trabalha a noção de desenvolvimento como algo positivo e como meio de realização das potencialidades humanas. Mais que transformação, o desenvolvimento é tido invenção e ação teleológica. Ou seja, o homem transforma, inventa e tem uma intenção nisso, sabe em que lugar quer chegar. Entretanto, para Furtado, o homem só é capaz de inventar ou inovar se dispuser de meios que lhe ofereçam uma multiplicidade de caminhos.

atender toda demanda de saúde mental, desde que não se trate de demanda para internação psiquiátrica ou para desintoxicação de álcool e outras drogas⁷. Porém, mesmo sendo o mais difundido dentre os serviços substitutivos no campo da atenção psicossocial, os CAPS isolados não bastam para dar o tratamento integral em saúde mental necessário para que o usuário possa reconstruir/(re) significar sua vida em outras bases expressas nas leis do SUS, a legislação complementar e os princípios do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo.

O maior desafio deste serviço de saúde mental é o fomento da organização em rede da assistência de modo a substituir os hospitais psiquiátricos, estabelecendo parcerias com os demais serviços da saúde e de outras políticas setoriais como o atendimento das demandas de saúde, de trabalho e renda, de educação, de habitação e moradia, dentre outros, pois, em geral, os CAPS I, nos municípios do interior, prestam atendimento de forma isolada e não raro, são considerados como o próprio Programa de Saúde Mental dos municípios (Brasil, 2005 e 2007).

Em alguns municípios, a questão envolve vários atores - gestores, profissionais, comunidade e usuários - que influenciam a política de saúde mental municipal e se manifesta através de fatores como o desconhecimento sobre o trabalho em saúde mental, a ausência de sensibilização para o tema, e, no, dia-a-dia, algumas ações apontadas pelos entrevistados ilustram que esses atores não consideram a saúde mental inerente à saúde municipal, e ainda, que algumas gestões municipais priorizam interesses políticos e/ou particulares em detrimento aos interesses de relevância pública.

Já em outros municípios em que a gestão municipal é sensível em relação à saúde mental, persistem, contudo, equívocos que acentuam o atendimento de tipo ambulatorial, o que descaracteriza as ações do CAPS I, cujo atendimento deveria priorizar os pacientes com transtornos mentais severos de um município oferecendo tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com a Portaria GM nº 336/2002. Desse modo, o tratamento oferecido ainda não é condizente nem com o requerido por usuários com sofrimento grave, nem pela clientela menos grave e que é em maior número⁸.

⁷ Nos casos em que as intervenções do CAPS já não são suficientes no atendimento às necessidades dos usuários, a internação psiquiátrica é utilizada. Nestes casos, os usuários são direcionados ao hospital geral dos municípios ou serviços de urgência e emergência para então serem encaminhados para instituições de internação de referência do CAPS.

⁸ O CAPS I é dispositivo assistencial para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes. Segundo Brasil (2007) ele prevê cobertura efetiva a 50 mil habitantes.

Outros desafios enfrentados pelos CAPS são o trabalho em grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas que exercitem a convivência e interação social dos usuários; a orientação do atendimento na perspectiva da humanização; e a integração com a comunidade – principal orientação para os serviços de saúde mental que ainda ocorre de forma insuficiente, tímida. Os serviços de base territorial como os CAPS têm encontrado dificuldades para materializar essa dimensão do trabalho em saúde mental que é incluir/inserir o usuário no seu próprio território municipal, propiciando-lhe desfrutar de forma consciente os serviços e o espaço aos quais faz jus.

Tais desafios se colocaram, inicialmente, com a implantação da política de saúde mental nos municípios, que se deu até o momento priorizando os CAPS I, dadas às condições municipais em termos de número de habitantes e de demanda. E, se manifestam no dia-a-dia, afinando a prática e o direcionamento destes serviços às propostas da Reforma Psiquiátrica.

Em tais circunstâncias, a problemática da saúde mental vai além da questão de superar a lógica manicomial dos asilos psiquiátricos para um modelo centrado no sujeito. É preciso evitar que o modo de atenção psicossocial e os serviços iniciados, a partir dessa proposta, retornem à prática asilar ou aproxime-se da ambulatorização⁹ dos anos 1980. Ou seja, o desafio para aqueles comprometidos com a Reforma em saúde mental é de produzir uma reflexão contínua que permita aos sujeitos envolvidos na atenção psicossocial fundamentar o cuidado em bases humanizadoras e de cidadania.

Um trabalho neste sentido deve ser pensado para envolver os profissionais de saúde mental, com as parcerias com a rede de serviços existente em cada município, com a participação da comunidade, dos familiares e, principalmente, o apoio dos gestores locais tendo em vista a necessidade de estruturar um serviço, e, sobretudo, de torná-lo instrumento de transformação da cultura e de atitudes sobre a loucura que, durante séculos, se basearam na exclusão, no anulamento da subjetividade e na violência.

Sendo assim, a principal questão que norteou a pesquisa foi a investigação de como vem se dando a implementação da política de saúde mental e atenção psicossocial no interior do estado do Rio de Janeiro e se esse modelo tem conseguido avançar na garantia dos direitos de cidadania.

Partindo da questão de pesquisa proposta, o estudo a ser apresentado teve como objetivo geral estudar política pública de saúde mental e atenção psicossocial no interior do

⁹ A ambulatorização pode ser definida como a tendência comum existente em alguns serviços substitutivos como os CAPS I de centrar o trabalho nos atendimentos/consultas individuais. A diferença entre o atendimento ambulatorial na saúde mental e o ambulatório de saúde mental será trabalhada no capítulo II.

Estado do Rio de Janeiro para tratar da relação entre a política, cidadania e autonomia. Seus objetivos específicos foram identificar os obstáculos e acertos na formulação e implementação da política pública de saúde mental; identificar e caracterizar a rede nos municípios de Cantagalo e Itaocara.

A hipótese de pesquisa versou sobre o fato de que a inexistência de uma política unificada (ou coerente) entre os poderes municipais para a implantação dos serviços substitutivos advindos com a Reforma Psiquiátrica, no interior do nosso Estado, e o fato dos CAPS I, como única referência em saúde mental no município, serem responsáveis por agenciar o atendimento de uma diversidade de demandas espontâneas, na maioria das vezes, sem o suporte necessário de uma rede de serviços – têm feito com que os avanços para a concretização dos direitos de cidadania dos usuários sejam ainda limitados e continuem a depender dos estímulos dos recursos federais e de iniciativas locais de profissionais de saúde mental.

Neste sentido, a concretização da política de saúde mental, nos municípios, convive com fatores que contribuem e limitam o avanço da Reforma Psiquiátrica no âmbito territorial com o funcionamento dos CAPS I.

A escolha dos municípios¹⁰ em questão foi baseada no fato de terem realidades semelhantes como a existência do CAPS I e o número populacional em torno dos 20 mil habitantes; entretanto, têm particularidades interessantes: o CAPS de Itaocara foi um dos primeiros a ser implantado no interior – desde 1997, e diversas equipes já circularam por ele, sem nunca ter sido feito concurso público para o provimento de recursos humanos do serviço. A atual equipe, embora a maioria não tenham tido ingresso por meio de concurso público, já trabalha há mais de três anos no serviço. Diferentemente do CAPS de Cantagalo, que implantado em 2003, passou por períodos de completo esvaziamento profissional, por falta de investimento da gestão e, no final de 2006, realizou o concurso público para a saúde mental e a atenção básica (PSF e PACS).

Deste modo, a dissertação foi estruturada em quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo, abordaremos alguns elementos da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, baseando-nos em autores como Amarante (1995, 2007, outros) Rotelli (2001), Tenório (2001) dentre outros. Priorizamos a influência da experiência italiana no movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que surgiu em fins da década de 1970, momento em que também se inicia o movimento de Reforma Sanitária em nosso país.

¹⁰ A metodologia do estudo será abordada com maiores detalhes no item 2.2 do capítulo II, quando falaremos sobre a construção da pesquisa.

Ambos preconizavam o atendimento universal, integral em saúde, mas o primeiro buscava a superação da exclusão, da violência, do estigma e do isolamento social perpetrados pelo modelo asilar.

Dentre outros marcos do cenário da saúde que refletiram na saúde mental, a instituição da Constituição Federal de 1988, com destaque ao título da Ordem Social e os fundamentos da saúde em bases ampliadas e, posteriormente, com o SUS; e ainda, o surgimento de experiências inovadoras em algumas regiões do Brasil em saúde mental, devido ao empenho de gestões comprometidas com os movimentos sociais da época impulsionarem o movimento de Reforma Psiquiátrica pelo país, ainda em construção. Será abordado também alguns elementos da atenção psicossocial.

Ainda nesse capítulo, voltamo-nos para a questão da humanização do cuidado em saúde e em saúde mental. Essa necessidade de humanizar a saúde surgiu em torno das evidências de um modelo de saúde falido, que não dava conta de atender as necessidades de cuidado da população, bem como não propiciava condições de trabalho aos profissionais e de integração entre os diferentes níveis de governo. Em muitos casos, havia uma sobreposição de ações semelhantes ao invés de propostas diferenciadas e complementares umas às outras.

No que tange ao tratamento do dito louco, a humanização do cuidado foi uma das premissas do movimento de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo, desde os idos dos anos de 1970. Essa associação entre humanização e saúde mental tem se tornado mais evidente no próprio curso da política de saúde em geral com a recente instituição do Pacto pela Vida e em defesa do SUS e da Política de Humanização que também se apóiam em discussões que são centrais à saúde mental.

A interlocução destas idéias tem como norte alcançar os pontos mais distantes da prática profissional, os ditos “profissionais da ponta” que interagem, a todo o momento, com os usuários dos serviços de saúde, sejam PSFs (Programa de Saúde da Família), CAPS, ambulatorios de saúde mental ou outro serviço. Alguns autores como Deslandes (2004 e 2005), Dimeinstein (2004), Benevides e Passos (2005) Duarte (2004), dentre outros nos auxiliaram nesta discussão.

O segundo capítulo dedica-se à apresentação de alguns elementos da saúde mental no Estado do Rio de Janeiro de modo a traçar um panorama sobre a atenção psicossocial no Estado e algumas possibilidades e limites dessa construção. Também apresenta a metodologia adotada para a pesquisa e este estudo.

A pesquisa de campo e a coleta de dados foram realizadas utilizando como instrumentos a observação participante e também não participante¹¹, através do registro em diário de campo e a realização de entrevista semi-estruturada. As etapas foram realizadas, simultaneamente, entre os meses de julho e novembro de 2008, com visitas regulares aos serviços. As entrevistas foram realizadas com profissionais de nível superior e coordenadores dos CAPS de Cantagalo e Itaocara. O roteiro de entrevistas elaborado - constituído majoritariamente de questões abertas - buscou abordar temas como o motivo de escolha da saúde mental para trabalhar; o entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre cidadania; os aspectos da política de saúde mental no município e sua integração dentro da política de saúde e com as demais políticas setoriais públicas.

No terceiro capítulo apresentar-se-á o estudo realizado nos CAPS I dos municípios de Cantagalo e Itaocara e está subdividido em temáticas propostas no roteiro de entrevistas utilizado, tais como Reforma Psiquiátrica, cidadania, os aspectos da política de saúde mental no município, a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a estrutura dos serviços quanto aos recursos humanos, e, ainda, as considerações dos profissionais sobre o atendimento das demandas, sobre a relação entre a reforma psiquiátrica e a cidadania e sobre a implementação da saúde mental nos municípios no que tange à garantia dos direitos e à integração com as outras políticas setoriais. Nele, também, serão apresentadas as percepções dos profissionais sobre este estudo.

Sendo assim, as reflexões sobre a integralidade do cuidado e a intersetorialidade entre as políticas sociais, os atores, a descentralização e avaliação em saúde mental são necessárias, visto que essas temáticas se manifestam na rotina dos serviços que, dificilmente, conseguem êxito se não considerarem a necessidade de uma prática profissional e o direcionamento do serviço comprometidos com tais temas. Dessa forma, serão abordados no terceiro capítulo alguns desafios e dificuldades da prática em saúde mental.

Com o quarto capítulo veremos os resultados deste estudo – o que mais se destacou nas considerações dos profissionais no que se refere aos avanços, as dificuldades e questões da rotina do serviço para inferir sobre a política de saúde mental no interior fluminense.

Nas considerações finais, retomamos os resultados apresentados no intuito de contribuir para a continuidade do debate, apresentando algumas perspectivas para a saúde mental no interior, para que a atenção psicossocial não se cristalize nos CAPS I como únicos dispositivos.

¹¹ Cito ambos os tipos de observação pelo fato de fazer parte do corpo de funcionários de um dos serviços estudados nesta pesquisa.

CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O PROBLEMA DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil engloba as principais correntes de pensamento que, a partir da década de 1970, impulsionaram uma revisão crítica da abordagem do fenômeno da loucura. Recorreremos, brevemente, aos antecedentes históricos – da constituição dos hospitais gerais ao movimento da Reforma, para delinear o tal processo e suas conseqüências atuais como o modelo de atenção psicossocial e a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como a possibilidade de tratamento no território¹² municipal, a partir da humanização do cuidado em saúde.

As ações de saúde mental concebidas, a partir da perspectiva de território, associam-se à proposta de produção de autonomia e de cidadania para os usuários. E promover a autonomia - conforme veremos adiante - significa buscar a ampliação das possibilidades e capacidades de troca dos usuários no convívio social, difere de independência, pois o homem é um ser social que produz e reproduz sua vida nas relações sociais.

Um dos objetivos do processo de Reforma Psiquiátrica foi (e ainda é) a ampliação desses espaços de relação, constituindo-se em uma proposta de construção de cidadania para essa clientela. A cidadania em saúde mental consiste em propiciar, à pessoa em sofrimento psíquico, condições de exercitar-se nas relações sociais, de participar das decisões a serem construídas, coletivamente. Assim como a cidadania, outras concepções que estão relacionadas à saúde mental, como a autonomia, a integralidade, a intersetorialidade serão trabalhadas no decorrer deste capítulo.

¹² Existem posicionamentos distintos no debate sobre o conceito de território. A definição utilizada nesta dissertação se fundamenta na concepção utilizada pelo Ministério da Saúde que entende o território como um conjunto de referências - designação das pessoas, das instituições, das redes, dos cenários nos quais se dão a vida comunitária e não apenas de uma área geográfica. Deste modo, trabalhar no território significa trabalhar com os saberes e forças presentes na comunidade que propõem soluções, apresentam demandas que podem construir objetivos comuns consistindo muito além de “trabalhar na comunidade”. Significa resgatar os saberes e estimular potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. Neste sentido, o território dada a definição anterior é entendido como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (Brasil, 2005).

1.1. Os antecedentes históricos

Historicamente, a loucura foi entendida de diversas formas, como manifestação de um dom especial, como motivo para a exclusão e o isolamento, tratada de forma violenta - física ou repressiva. Qualquer que seja a forma de compreendê-la, sempre esteve embebida de traços da cultura de seu tempo (Foucault, 1961).

Mas, foi no decorrer século XX, que tentativas de inclusão social das pessoas que vivenciavam a experiência da loucura aconteceram em maior número e, especificamente, no final do mesmo século, apresentaram, e ainda vêm apresentado, resultados mais consoantes com as noções de cidadania e de autonomia. Dentro desse percurso histórico, um evento que reordenou, significativamente, o que ainda era chamado de assistência psiquiátrica, foi a II Guerra Mundial que provocou mudanças no Brasil e no mundo. Data dessa época, o surgimento de propostas alternativas¹³ que buscavam humanizar o asilo psiquiátrico, entretanto, iniciaremos com os principais expoentes da Reforma no mundo para depois delinear um pouco da nossa realidade.

Antes mesmo disso, outras iniciativas importantes, retratadas por diversos autores, ilustraram que sempre se buscou alguma modificação no cenário de tratamento à loucura. Sendo assim, para um melhor entendimento do tema que motivou a pesquisa ora apresentada, retomaremos alguns pontos dessa trajetória que contribuiram para delinear o que, atualmente, é chamado de atenção psicossocial.

Foucault (1979) afirma que, no século XVII, o hospital era, essencialmente, uma instituição de assistência aos pobres, como também uma instância de exclusão, já que assistia e isolava os pobres que, quando doentes, eram tratados como um perigo para a sociedade. Naquela época, segundo o autor, o personagem ideal do hospital não era o doente que era preciso curar, mas o pobre que estava morrendo, e neste sentido, esses locais eram considerados morredouros e permaneceram com estas características de assistência de transformação espiritual até o começo do século XVIII.

O hospital geral era tido como lugar de internamento, no qual se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas. Em meados do século XVII, o hospital era um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, e não uma instituição médica. A partir do momento em que a medicina moderna iniciou a transformação do hospital, e o médico assumiu a responsabilidade pela organização hospitalar, este espaço tornou-se um

¹³ Conferir texto da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ESJV), 2003.

instrumento terapêutico. Então, o nascimento do hospital, como instrumento terapêutico, datou do final do século XVII e, a partir disso, a medicina assumiu o poder na organização e ordenamento desta instituição que estava sob poder de religiosos e leigos.

Até esse período, segundo o autor, medicina e hospital foram instâncias que não tinham ligação efetiva. Ao tratar do desenvolvimento da medicina urbana, na França, em finais do século XVIII, o autor sustenta que a mesma se organizou sobre dois padrões principais: o de organização da lepra e do tratamento da peste. Na Idade Média, como na Antiguidade clássica, o leproso era expulso do espaço comum e posto fora dos muros da cidade, exilado em lugar confuso, onde sua lepra se misturaria a dos outros leprosos. O “mecanismo” da exclusão era o exílio e a purificação do espaço urbano. A medicina era uma medicina de exclusão. O internamento dos loucos, malfeitores, até meados do século XVII, obedecia ainda a esse padrão.

No caso da peste, continua ele, a medicina não excluía, não expulsava, mas distribuía os indivíduos, isolando-os, individualizando-os, e vigiando um a um para constatar o estado de saúde. Esse esquema do internamento produzia uma análise individualizante e um registro permanente. A medicina urbana, na segunda metade do século XVIII, com seus métodos de vigilância, de hospitalização, era um aperfeiçoamento da quarentena dos séculos XVI e XVII.

Os hospitais, no século XVIII, tiveram sua função principal reorientada para criar condições para que “a verdade do mal explodisse” e que, ao longo do século XIX, as grandes estruturas hospitalares que surgiram, tomaram para si, durante muito tempo, uma dupla função: serem lugares de observação e de comprovação e também de purificação e de prova. O mesmo acontece com a loucura:

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições, compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir na sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram, primeiramente, a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade [...]. A prática de internamento, no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos como relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-

consciência, se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade. (FOUCAULT, 1979:120-121)

O nascimento dos hospitais gerais marcou o processo de isolamento de diversos segmentos sociais que não serviam à sociedade. Esse processo tinha como objetivo a proteção da sociedade contra esse segmento no qual se inseriam os mendigos, os bêbados e pessoas que tinham algum transtorno, porque seu comportamento e forma de vida, de certo modo, transgrediam a organização social da época¹⁴. Os hospitais gerais funcionavam como casas de reclusão onde se dava a internação forçada dessas pessoas tornando-se meio de resolver problemas estruturais que se originaram na sociedade do século XVII, pois as internações cumpriram, antes de tudo, uma função econômica, visto que foram encarcerados todos aqueles que não tinham condições objetivas de colaborar para o avanço da produção, do comércio e/ou do consumo exigidos com o início do capitalismo (Foucault, 1961).

A crítica ao enclausuramento dos loucos, nos hospitais gerais, surgiu no fim do século XVIII e início do século XIX, com Pinel. Segundo Tenório (2001), os reformadores da Revolução Francesa incumbiram, a Pinel, a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, nos quais os loucos se encontravam recolhidos, junto a outros marginalizados da sociedade. Então, são criadas instituições destinadas ao seu tratamento – os asilos – e a loucura adquire o status de doença, e quem sofria dela era considerado doente mental¹⁵.

A criação dos asilos psiquiátricos¹⁶ institucionalizou o tratamento da loucura como doença e, ao mesmo tempo em que reconheceu o direito ao tratamento, propiciou o isolamento dos loucos originando o paradoxo da cidadania (Tenório, 2001). Segundo o autor, naquela época, já se colocavam questões sobre a cidadania do louco, pois o autor afirma que o sentido terapêutico que Pinel buscou para os hospitais gerais, transformando-lhes em asilo

¹⁴ Revista de História. Ano 1, nº 2, agosto de 2005, pp 14.

¹⁵ Ao refletir sobre como o poder se insere no tratamento a loucura, Foucault (1979) afirma que Esquirol dava cinco razões principais para o isolamento dos loucos: 1) garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; 2) liberá-los das influências externas; 3) vencer suas resistências pessoais; 4) submetê-los a um regime médico; 5) impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. “Como se pode ver, tudo é questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes de fora que possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento”. (p.126) E continua, “Ora, aquilo que estava logo de início implicado nestas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência, exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso, no acesso à realidade, corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É este triplo poder que se constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o “sujeito”, que dela sofre, encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença.” (p.127)

¹⁶ A função dos asilos psiquiátricos, para Foucault (1979) era fazer com que a loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, pudesse aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas. Assinala que, quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem do louco.

psiquiátrico, visava a resolver a questão. Tal questão se colocou, pois, a Revolução Francesa ao valorizar o contrato social não podia cobrar ao louco a observância do mesmo. Neste sentido, o asilo tornou-se o local apropriado para o recolhimento dos loucos, pois, ao mesmo tempo em que respeitava a cidadania formal do louco, limitava sua cidadania de fato. Ou seja, ele foi reconhecido como cidadão merecedor de cuidados terapêuticos, na mesma ordem em que não lhe foi facultado o direito de responder pelo que diz, de ocupar a cidade ou exercer os atos da vida social e civil.

Goffman (1961), em seu estudo, trata os asilos ou manicômios¹⁷ como instituições totais. Estas instituições possuem três aspectos comuns como o controle de muitas necessidades humanas; a restrição de informações e a produção de distância entre internado e equipe; e, a “deculturação” do internado pela longa permanência. O autor identifica, dentre outros fatores, a perda de referências pessoais e sociais, por parte do interno, provocando um processo de dependência e identificação em relação à forma de vida dessas instituições, que se baseia na anulação de qualquer tipo de vontade.

Esse “processo de deculturação”, a qual o autor se refere, se fundamenta na longa permanência nesses lugares ou institucionalização, acarretando a perda da concepção de si mesmo, culminando no que denominou de “mutilação do eu”, ou seja, um processo no qual se é

... despojado de muitas das satisfações e afirmações usuais, e estar sujeito a um conjunto relativamente completo de mortificação, tais como restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas e assim por diante. Por isso, percebemos até que ponto é limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoios é subitamente retirado (Ibidem, p. 127).

A institucionalização é entendida como um processo de destituição da liberdade de escolha, de orientação da própria vida, dentre outros aspectos. Para Costa-Rosa (2003), a institucionalização pode ser comparada a um complexo de danos decorrentes da submissão do doente internado, de forma compulsória e por tempo indeterminado ao autoritarismo e à coerção do manicômio e do modelo da psiquiatria. A vivência nos manicômios extirpava do indivíduo sua subjetividade¹⁸ - os aspectos ligados ao seu modo de vida. No que se referia aos

¹⁷ Delgado (1992) refere-se aos asilos psiquiátricos como manicômios, mesmo sendo esta comumente utilizada para definir o manicômio judiciário. O autor argumenta que a semelhança entre ambos está no tratamento da loucura destituída de qualquer mandato terapêutico.

¹⁸ A subjetividade está relacionada ao modo como os sujeitos vivenciam, enfrentam as questões de sua vida. Nicácio (2006) ao debater a questão da subjetividade no Serviço Social argumenta que os assistentes sociais na sua prática profissional lidam não apenas com indicadores sociais, procedimentos formais ou rotinas, pois quem procura o profissional não é a Questão Social, mas indivíduos reais submetidos a alguma situação de sofrimento

ditos loucos, esse processo intensificava a fragmentação de suas emoções, cerceava-lhe o direito de convivência e de sentir, na medida em que toda manifestação de sentimento sempre era tomada como expressão da doença e não do sujeito.

A insuficiência terapêutica dos asilos psiquiátricos provocou o surgimento das primeiras críticas, na virada do século XX, em virtude do que ficou conhecido como iatrogenia, ou sua incapacidade de produzir melhoras, como também de piorar o estado de saúde dos internos. Mesmo assim, a ruptura com esse modelo só se inicia efetivamente em meados da década de 1970 com o “paradigma¹⁹ da desinstitucionalização” proposto por Franco Basaglia. Tal modelo de abordagem à loucura sugeria, em vez de colocar o “doente entre parênteses” e focar apenas a doença mental com intuito de cura, a colocação entre parênteses da doença e voltava sua atenção para o sujeito em existência-sofrimento. Ou seja, propunha um deslocamento da atenção da doença para o sujeito que dela sofria (Rotelli, 2001).

Buscava ainda construir e/ou inventar novos modelos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, visando à autonomia e sociabilidade das mesmas em serviços que ofereçam cuidados de acordo com sua necessidade de saúde. A desinstitucionalização pressupõe negar e transformar os elementos do modelo manicomial²⁰, sejam eles explícitos ou implícitos. A instituição a ser negada não era só um espaço ou lugar no qual os internos eram despejados, tratava-se, antes de tudo, de negar um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, códigos de referência cultural, de relação de poder estruturados em torno de um objeto preciso, que era a doença e a suposta periculosidade que viam nela.

Então, era necessária a mudança de cultura sobre a loucura. A desinstitucionalização envolvia assim, estruturar condições dignas de vida, fora das instituições totais, propiciando espaços nos quais existissem relações de trocas efetivas entre o sujeito em sofrimento

ou fragilidade. E as demandas orientadas a este profissional surgem no cotidiano, concretizadas nas queixas, reivindicações e solicitações de sujeitos que se situam num determinado contexto social.

¹⁹ O paradigma é definido por Thomas Kuhn (2001) como um modelo de entendimento de uma dada realidade. E a passagem de um paradigma a outro está relacionada à existência de crises que são momentos nos quais são descobertos fatos que não se encaixavam no paradigma vigente. No que tange ao processo de Reforma Psiquiátrica, podemos argumentar que as transformações trazidas pelas correntes de pensamento, desde meados do século XX, contribuíram para a estrutura e consolidação do que hoje é conhecido como paradigma da desinstitucionalização em detrimento do paradigma tradicional de tratamento asilar.

²⁰ Como elementos do modelo manicomial, podemos entender a violência através da negação de direitos, a negação da singularidade, dentre outros aspectos.

psíquico e o conjunto de referências a sua volta. Isso vai além de desospitalizar²¹. Trata-se da negação de antigos aparatos que fundamentavam a exclusão do louco para estabelecer outros de forma coletiva, referenciando-se a aspectos como a construção da política de saúde mental, de um trabalho terapêutico que vise ao enriquecimento do sujeito, e de criação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (Ibidem).

Sendo assim, o tratamento da loucura passou por experiências diversas desde a criação dos asilos até a intensificação de propostas singulares na área a partir da II Guerra Mundial. Diversos autores como Delgado (1992), Tenório (2001), Amarante (1995), Resende (2000), dentre outros, argumentam que a idéia de reforma no tratamento da loucura e a psiquiatria sempre caminharam juntas. Entretanto, o ponto fundamental que distingue as propostas anteriores, desde a época de Pinel, daquela que surgiu no final do século XX, foi o componente crítico da cidadania do louco. Ou seja, não se pensava antes na participação deste sujeito no contrato social – na definição e participação das normas de conduta de uma sociedade –, e isto implicou em uma mudança qualitativa que passou da proteção da sociedade contra o louco que era considerado perigoso, para a proteção e preservação dos direitos deste como parte da sociedade.

Então, o que comumente é chamado de reforma psiquiátrica é o

...conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas ou tentadas a partir do final de 1970, interessando ao modelo psiquiátrico público sua sustentação teórica e técnica, e as relações discussivas que vêm se estabelecendo entre a Psiquiatria, demais disciplinas e do campo social, e as instituições e movimentos sociais. E ainda, um processo político e social, implicando forças e instituições sociais de origem diversa (DELGADO, 1992: 42 - 44).

Neste sentido, significa oferecer serviços de boa qualidade e compreender o louco inserido em relações de cidadania para além da idéia de cidadania moderna, definida por Marshall dentro dos moldes do regime capitalista. Segundo Delgado, os anos de 1960 e 70, foram marcados por uma profunda cristalização ao modelo do manicômio dependente e pela adjudicação de segmentos crescentes da população urbana ao manicômio – a vida asilar. A atenção centrada nos moldes “hospitalocêntrico” se constituiu em obstáculo que causou

²¹ A desospitalização, segundo Vasconcelos (2006), ocorreu, principalmente, em países como a Inglaterra e os Estados Unidos nos anos de 1980 e não se assemelhava à proposta da desinstitucionalização. Ela teria sido gerada, conforme o autor, por processos de desinvestimento em políticas sociais públicas, em decorrência de políticas neoliberais que induziram à negligência social e o aumento da população de rua, incluindo os portadores de transtorno mental, sem garantir a assistência na comunidade aos mesmos. Argumentava-se também que a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais eram de custo elevado para o Estado. Neste mesmo texto, o autor aborda a questão da interdisciplinaridade no campo da saúde mental através de um diálogo responsável de vertentes de pensamento, o que não acontece de forma linear ou eclética.

fracasso relativo da proposta de ambulatorização, no início dos anos de 1980. E ainda permanece como adversário em potencial para a reforma psiquiátrica, pois apesar da existência dos novos modelos de cuidado, da organização de familiares, ainda se faz necessário fomentar tais recursos e a criação de novas formas de sociabilidade da loucura nos diferentes espaços da cidade, de bairros, questionando a tutela que comumente tenta-se impor a esses sujeitos.

Este é, na opinião do autor, um dos principais desafios das instituições recentes, conseguir materializar a cidadania do louco, cuidando do mesmo sem colidir com seus direitos de cidadão, sem tutelá-lo – sejam os novos dispositivos de atenção psicossocial em outros setores de políticas sociais que prestam assistência a cidadãos. Implica no desenvolvimento de novos arranjos institucionais, diferentes formulações teóricas e técnicas e a conquista de outros parceiros políticos para a dinâmica do cuidado.

Para Amarante (1995), a Reforma consiste num

...processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, afirma o autor, surge a partir da conjuntura de 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 todo movimento político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995: 91).

Ao abordar as diferentes perspectivas de reforma que sempre estiveram presentes nessa área, o autor retomou primeiramente Pinel e a sua crítica ao Hospital Geral, instituindo um novo mandato social para a loucura baseado na assistência e na tutela. A seguir, identificou o primeiro modelo de Reforma: a tradição pineliana que foram as colônias de alienados. Já no período do pós- II Guerra Mundial²², Amarante identificou três tipos de reforma e críticas à instituição asilar, a saber: 1) as reformas restritas ao âmbito asilar, feita principalmente pela psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas; 2) as reformas que buscaram superar às anteriores que estavam restritas ao âmbito asilar, como a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; 3) as que propuseram movimento de ruptura: a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana²³. No cenário brasileiro, um dos principais

²² O autor argumenta que o período pós-guerra foi profícuo em suscitar esses movimentos, pois toda a espécie de violência e de desrespeito aos direitos humanos ocorridos naquele período foram repudiados e reprimidos pela sociedade.

²³ O texto que também retoma essas experiências de reforma psiquiátrica está em: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003.

atores que contribuíram na reforma foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e, posteriormente, o surgimento de outros como as associações de usuários e familiares que são considerados pelo autor como novos espaços e práticas que contribuíram na construção de um outro sentido para a cidadania.

Amarante (2003) aborda os principais avanços e limites das perspectivas de reforma psiquiátrica surgidas no contexto do pós-Guerra. Podemos perceber que as práticas atuais dos serviços substitutivos têm características de todas elas, embora a de maior influência no Brasil tenha sido a Reforma Italiana. As primeiras experiências que o autor identifica que buscavam um modelo de hospital reformado foram a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional. A comunidade terapêutica baseava-se no trabalho em grupo com os internos, através de reuniões e assembléias gerais²⁴, objetivava uma nova posição para o paciente no tratamento. A transformação pretendida era no âmbito do hospital psiquiátrico, por meio da criação de uma relação democrática entre todos os atores daquele cenário. A comunidade era entendida como terapêutica, pois pretendia um nivelamento de papéis de todos os participantes da vida hospitalar no tratamento. A fundamentação desta proposta foi alcançar os objetivos iniciais de tratar e curar os pacientes através do hospital psiquiátrico.

Ainda na perspectiva do hospital reformado, Amarante cita a psicoterapia institucional surgida na França, com o espanhol Tosquelles que buscava resgatar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico retornando a proposta inicial dos fundadores da psiquiatria – Pínel e Esquirol – de cura da doença mental. Uma novidade trazida por essa linha, segundo o autor, foi o questionamento da segregação na instituição psiquiátrica, a crítica ao poder médico e à verticalidade das relações na instituição. Havia uma prioridade em tratar características do hospital, pois se entendia como impossível tratar um indivíduo inserido numa estrutura doentia.

A segunda perspectiva reformadora, identificada por Amarante, considerava a comunidade como lugar de uma “verdadeira transformação”, sendo composta por duas experiências: a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva. A primeira - ocorrida na França, por volta de 1945 - priorizava o tratamento no próprio meio social de origem dos pacientes e considerava a estrutura do hospital psiquiátrico alienante. Embora isso não significasse prescindir do espaço hospitalar, ele seria apenas uma fase do tratamento, que, a partir de então, passaria a contar com a estratégia de setorialização do atendimento. Nesta experiência, ressalta o autor, a cidade e o hospital foram divididos em setores que contava

²⁴ Práticas como estas ainda são referências no trabalho em saúde mental nos dispositivos, principalmente, nos CAPS.

com uma mesma equipe de trabalho, procurando manter uma representação do meio social dentro do hospital psiquiátrico. Na década de 1960, esse modelo foi adotado como política oficial francesa de assistência psiquiátrica²⁵.

Já a Psiquiatria Preventiva - surgida nos Estados Unidos na década de 1960, apresentada por Caplan - propôs três objetivos para a psiquiatria: diminuir a incidência dos distúrbios mentais em uma comunidade; reduzir a sua duração, quando não evitá-los; evitar ou minimizar o dano. Dentre as inovações trazidas por essa experiência, Amarante menciona a busca para substituir o objeto de intervenção, da doença mental para a saúde mental, a criação dos Centros de Saúde Mental Comunitária, introdução de equipes multidisciplinares nestes centros e a adoção da perspectiva da intersetorialidade, isto é, a articulação e a integração de outros saberes da sociedade, tais como a educação, assistência social, política, igrejas e outros²⁶. A comunidade se tornava o alvo prioritário de saúde mental.

A terceira modalidade de reforma citada por Amarante (2003) buscava a crítica à razão psiquiátrica, questionavam a instituição hospitalar psiquiátrica, o saber psiquiátrico e o conceito de doença mental, e se compunha de duas experiências: a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática. A Antipsiquiatria, nascida entre final da década de 1950 e início de 1960, na Inglaterra, por meio de um grupo de psiquiatras²⁷ que se inspiraram na psicoterapia institucional, mas ao contrário desta corrente, “pretendiam extinguir os manicômios e eliminar a própria idéia de doença mental”. Amarante identificou como referências dessa corrente a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Foucault, correntes da sociologia, da psiquiatria, da psicanálise e o materialismo histórico. A antipsiquiatria considerava que a loucura era como um fato social, político e até mesmo uma experiência positiva de libertação; uma reação a um desequilíbrio “familiar”, ou seja, no âmbito das relações familiares; valorizava o discurso do louco como denunciador de uma desordem no núcleo “familiar”, sendo a família uma categoria central para a compreensão da loucura. A crítica teórica, trazida por essa corrente, questionava o próprio método e os princípios do saber psiquiátrico, considerando que os princípios das ciências naturais, importados para as ciências humanas, eram

²⁵ A proposta de atuação do Programa de Saúde da Família (PSF), com a divisão da cidade ou distritos – conforme a organização administrativa local - por áreas para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) hoje tem bastante semelhança com essa experiência e parte desse princípio de setorialização.

²⁶ Segundo Amarante, as propostas da psiquiatria preventiva foram abraçadas pelo governo norte-americano da época como parte de um projeto maior de reformulação da assistência que tinha como objetivos reduzir os gastos com internação psiquiátrica mediante a criação de dispositivos para prevenir e tratar a doença mental em serviços comunitários.

²⁷ O autor afirma que Laing foi um dos precursores do movimento.

responsáveis por uma confusão metodológica. A proposta não era tratar o louco, mas acompanhá-lo e auxiliá-lo em seu processo em instituições abertas.

A Reforma Psiquiátrica italiana, iniciada no final dos anos de 1960, foi, na percepção de estudiosos na área da saúde mental, no Brasil, uma das referências mais importantes do processo brasileiro neste âmbito. Algumas características desse movimento e de seu principal expoente são destacadas pelo autor e auxiliam na compreensão desta experiência e na sua representatividade na saúde mental em todo o mundo.

Para Amarante (2003), alguns dos fatores que contribuíram para o maior êxito dessa experiência que foi o fato de Franco Basaglia ter iniciado o movimento mais tarde, conseguindo reunir os avanços das experiências anteriores - a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, através uma leitura crítica das mesmas, visto que a primeira experiência não conseguiu resolver a questão da exclusão e a segunda experiência não conseguiu ultrapassar o espaço asilar. E, em segundo lugar, a sua própria formação, centrada em valores humanísticos e filosóficos, com grande influência da fenomenologia, do existencialismo e do marxismo. Isso propiciou que, em 1961, ao assumir o Hospital de Gorizia, adotasse mudanças que objetivavam o resgate à dignidade e aos direitos de cidadania.

Essas reformas, portanto, deveriam ir além do que propuseram as experiências anteriores. A identificação de que muitos, dentre a população internada, pertenciam a estratos sociais mais carentes, segundo o autor, permitiu a Basaglia compreender uma outra via da loucura e buscar respostas em outras dimensões da vida social, tendo encontrado na filosofia e nas teorias sociológicas, novas formas de reflexão que fundamentaram a sua proposta da doença mental entre parêntese e o enfoque ao sujeito, e a tudo que se referia a sua existência.

Alguns dos conceitos utilizados por Basaglia tornaram-se cruciais ao movimento da Reforma Psiquiátrica na Itália. O primeiro deles, e fundamental no âmbito da reforma italiana, tem sido o de desinstitucionalização, que se diferencia da proposta de desospitalização ocorrida nos Estados Unidos, porque ampliou a discussão para além do campo psiquiátrico, se aproximando da possibilidade de ruptura com o modelo médico. Outro foi o conceito de território como conjunto de referências subjetivas, sociais e políticas que formam o cotidiano de vida e a inserção dos sujeitos no meio social, não apenas num sentido geográfico ou de lugar de moradia (Amarante, 2003). Tais conceitos fundamentaram também o processo de reforma na área da psiquiatria, ocorrido no Brasil, como poderemos observar mais adiante. Antes, porém, retomemos alguns elementos do cenário da abordagem à loucura no Brasil.

1.2. A loucura no cenário brasileiro e as diferentes abordagens da questão

Os registros sobre a loucura no Brasil datam desde a época da colonização. Naquela época, século XVI a XVIII, o Movimento de Inquisição da Igreja Católica lusitana, enviava agentes do Santo Ofício para o Brasil-colônia para distinguir loucura e blasfêmia. A inquisição processava os hereges e, em alguns casos, enviava os que tinham problemas mentais para a ‘casa de doidos’ na Coroa Portuguesa.

... tratava a loucura como possível atenuante de heresias, definindo-a como enfermidade do miolo, frenesi, doença de aluados ou lunáticos. Neste ponto, não se afastava muito do que popularmente se dizia dos doidos, nem do que diziam os médicos da época, que praticamente desconheciam as doenças mentais (Vainfas, 2005: 25)²⁸.

Já no século XIX, durante a Corte Brasileira, a loucura era tratada, basicamente, de duas formas. Primeiramente como algo que pertencia, exclusivamente, à esfera da razão – delusões, perda de comunicação ou furores que tornavam a convivência social problemática. Então, ora os trancafiavam, no caso das famílias mais abastadas, ou para a maioria das famílias, deixavam os loucos transitar livres pelas ruas, convivendo com vizinhos, entregues à própria sorte, sendo objetos tanto da caridade quanto risadas e diversão (Cunha, 2005).

No fim do século XIX, com a proclamação da República, foram introduzidas diferentes concepções de tratamento pelos chamados ‘alienistas’, que ganharam notoriedade no Brasil e propunham ver a loucura como doença. Os loucos então passaram a ser confinados em manicômios que se proliferaram por todo o país e o alienismo assumiu absolutismo no entendimento da loucura e na condução de tipo de tratamento. Com isso, os loucos típicos de rua desaparecem do cenário do Rio de Janeiro e a razão e a disciplina passaram a ser instrumentos indispensáveis à nova ordem que se pactuava para controlar uma sociedade sem senhores ou escravos (Ibidem).

Neste contexto, de necessidade de manter a ordem e a moralidade pública, foram criados os primeiros hospícios no Brasil, sendo o primeiro deles o Hospício Pedro II, em 1850, no Rio de Janeiro, que ficou conhecido como *palácio para guardar doidos*. Naquela época, médicos já contestavam a internação nas Santas Casas de Misericórdia. *A grande maioria da população do hospício era internada pelas mãos da polícia, na categoria dos indigentes* (Engel, 2005: 34).

²⁸ Os autores que seguem: Ronaldo Vainfas, Maria Clementina Pereira Cunha, Magali Gouveia Engel e Luciana Hidalgo fizeram parte do Dossiê Loucura, da Revista de História Ano 1, nº2, agosto de 2005, pp18-35.

Hidalgo (2005), ao descrever brevemente a questão da loucura no Brasil, argumenta que muitos dos internos dos asilos psiquiátricos encontraram na arte o caminho para exorcizar delírios. *Enquanto eletrochoques e lobotomias eram aplicados em pacientes psiquiátricos para conter surtos psicóticos, ao longo do século passado, diversos internos driblaram a mão-de-ferro manicomial produzindo escritos, pinturas e desenhos* (Ibidem: 18). A autora cita personagens importantes da história da sociedade brasileira que utilizavam a arte como forma de lidar com seu sofrimento psíquico, dentre eles o escritor Lima Barreto e outros que eram internos de manicômios e se tornaram conhecidos por sua arte como Arthur Bispo do Rosário, Emygdio, dentre outros.

A autora associa a condição social e cor da pele ao tipo de abordagem ao sofrimento psíquico das pessoas ao longo da primeira metade do século XX, afirmando que, na nossa sociedade, a discriminação também esteve associada à institucionalização e muitos internos foram classificados como indigentes:

A classificação de Lima como indigente revela como o escritor era o ponto de interseção dos clichês no hospício: pobre, mulato, alcoólatra... louco [...] Aos olhos da sociedade branca e burguesa, outro paciente facilmente rotulável em sua época foi Arthur Bispo do Rosário: pobre, negro... louco (Hidalgo, 2005: 21-22).

Então, no Brasil, a internação também cumpriu a função de manutenção da ordem e isolamento da sociedade. Isso se evidencia por vários fatores associados à área em que os hospícios eram construídos. Neste sentido, o Hospício Pedro II foi fundado, inicialmente, na Urca, em 1850, e depois transferido para o bairro do Engenho de Dentro, no subúrbio na década de 1940; e a criação da Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, nas primeiras décadas do século XX; todos situados em locais afastados do centro da cidade ou de outras áreas mais nobres.

Tendo como embasamento os princípios do Movimento Italiano, que foram o resgate da dignidade e dos direitos de cidadania, no Brasil, a construção da idéia de cidadania adquiriu contornos diferenciados, tendo em vista nossa história marcada pela escravidão negra e por regimes ditatoriais.

Para pensarmos a questão da cidadania na saúde mental, retomemos, brevemente, a constituição da cidadania moderna. Tendo sido reivindicada a partir do contexto das revoluções burguesas e advento do capitalismo, a cidadania moderna se operacionalizava por meio do acesso a direitos civis, políticos e sociais, num processo de lutas sociais por extensão

destes direitos a diferentes segmentos sociais (Marshall,1987). Entretanto, não pressupunha a inserção de determinados segmentos nas decisões da sociedade, ou na definição do contrato social dentre estes: os loucos - porque eram considerados desprovidos de razão e a cidadania compreendia a noção de razão; nem outros segmentos mais empobrecidos da população, porque não contribuían, imediatamente, ao desenvolvimento do processo capitalista (Bernardo, 1999).

A realidade brasileira acrescentou um elemento peculiar ao desenvolvimento do que se chamou de cidadania moderna, que foi a escravidão negra. Carvalho (2002) afirma que mesmo com a abolição da escravatura, no final do século XIX, muitos impasses permaneceram tendo marcado o decorrer do século XX com características específicas em nosso país. Dentre estes impasses, o autor assinala, primeiramente, que os direitos sociais precederam e tiveram maior ênfase em relação aos direitos civis e políticos. Embora alguns avanços significativos tenham ocorrido no âmbito dos direitos sociais, estes teriam se dado num contexto do Estado totalitário liderado por Getúlio Vargas, no qual havia uma ausência dos demais direitos e, em outro momento, no final da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Sendo assim, nos últimos 20 anos do século XX, experimentou-se um contexto diferente, marcado por lutas para a reconquista da democracia e a extensão de direitos na sociedade brasileira; pela intensificação das críticas aos métodos manicomiais e o avanço da Reforma Psiquiátrica e de seus princípios - desinstitucionalização, resgate dos direitos de cidadania, avaliação e transformação dos serviços e das práticas em saúde mental – todos favoreceram para que a cidadania do louco se colocasse em discussão.

Nesta mesma época, novas questões para o cuidado em saúde mental se colocavam dentre elas: o fato da sociedade brasileira não assegurar os direitos de cidadania à maioria da população, o que por sua vez dificultava sua efetivação no campo da saúde mental; e a necessidade de superação de práticas do modelo tradicional, que, conforme a análise realizada por Resende (2000), foi, comprovadamente, incapaz de estabelecer fluxos entre a implementação de determinadas políticas ou programas e seus resultados e, ainda de intensificar o controle e a participação da sociedade recomendados pela Carta Constitucional de 1988, pela Lei Orgânica da Saúde e pela Lei de Reforma Psiquiátrica.

Mesmo sendo a garantia dos direitos de cidadania um processo complexo e longo, Netto (2005) defende que no que tange à saúde mental, a requisição de tais direitos aos “loucos” deve ser feita, simultaneamente, aos da população em geral, para que não se configurem em direitos específicos de um segmento – dos sujeitos em sofrimento

psiquiátrico. A particularização, neste caso, pode assumir um viés perverso reforçando a exclusão. Sendo assim, a autora afirma que garantir acesso aos direitos de cidadania (do louco) deve se dar pela sua condição de ser humano, fortalecendo a perspectiva de que o lugar a ser ocupado por essas pessoas, na sociedade, seja distinto do historicamente ocupado, ou melhor, relegado a ele.

Saraceno (1999) argumenta que a cidadania em saúde mental consiste em propiciar ao sujeito que vivencia o sofrimento psíquico condições de exercitar o direito à relação, de aumentar sua participação, garantindo sua reinserção social²⁹ e a efetivação de relações de troca.

Para Tykanory (1996), a contratualidade se constrói por um processo que passa pelo tipo de relação que se estabelece entre o usuário e os profissionais que o atendem; e também pela capacidade de elaborar projetos – ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida de uma pessoa. Dessa forma, o poder contratual – que é resultado do valor atribuído a um indivíduo no campo social – compõe-se de três dimensões, a saber: troca de bens, de mensagens e de afetos. No caso do sujeito que tem sofrimento psíquico, entendido outrora como “doente mental” ou como louco, na medida que lhe era imposto esses atributos, já se enunciava uma negatividade e conseqüentemente, anulava-se seu poder de contrato³⁰. Sendo assim, a reabilitação psicossocial³¹, objetivo do trabalho desenvolvido nos serviços substitutivos, é o processo de restituição do poder contratual a fim de ampliar a autonomia dos usuários.

E o conceito de autonomia defendido pelo autor consiste na

...capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida conforme situações que enfrente. Não se trata de confundir autonomia como autosuficiência, nem com independência. Dependentes todos somos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem

²⁹ Tykanori (1996) aborda a reinserção social como problema de produção de valor. O autor afirma que as relações de troca são realizadas a partir de um valor que é atribuído para cada indivíduo no campo social. Esse valor atribuído confere ao sujeito o poder contratual que se daria em três dimensões: troca de bens, de mensagem e de afetos. No caso do doente mental, o autor afirma que dar esse atributo enuncia uma negatividade e coloca-se em suspeição seu poder de contrato, pois “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados, o que torna praticamente impossível as relações de troca” (p.55).

³⁰ Ou seja, sua condição de cidadão, a partir da definição de Hobbes defendida por Delgado (1999).

³¹ Costa-Rosa (2003 et al), ao discutirem a terminologia mais adequada ao contexto da reforma psiquiátrica, argumentam que o conceito de Atenção psicossocial, considerando a diversidade de suas práticas e a tônica imprimida à sua ética, apresenta-se com potencialidade de incluir, além de seu próprio sentido, os conceitos de apoio psicossocial e realibitação psicossocial. Entretanto, utilizamos a reabilitação psicossocial, neste momento, pois o termo utilizado por Tykanori que a entende como processo de restituição do poder contratual para ampliar a autonomia do usuário. Ao longo do texto, foi utilizado o termo atenção psicossocial, pois acreditamos que ele confere um contorno específico às ações de saúde mental como política pública.

excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita e restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Tykanory, 1996: 57).

Assim sendo, a ampliação das possibilidades de troca implica que

...o ato profissional, “ofereça o trabalho vivo em ato, no dia-a-dia, para produzir mais vida e produzir no outro, possibilidades de mais dignidade no viver permitindo com o seu agir trabalhador, o enriquecimento das redes de conexões sociais nas quais os usuários estão inseridos enquanto atos coletivos (Mehry, 2007:14).

Ou seja, é oferecer um cuidado em saúde que produza vida na própria vida, que resignifique as cenas e vivências do sujeito em sofrimento psiquiátrico que foram anuladas de sentido pelo modo e pela prática manicomial – um cuidado autopoietico (Idem).

Portanto, implica forjar um conjunto de estratégias orientadas para aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, enriquecendo o conteúdo das relações sociais dos usuários de saúde mental, que poderia ser entendido como articular-se com as diversas políticas sociais, atores e referências³² para propiciar um atendimento integral e intersetorial das necessidades do usuário em sofrimento mental.

Ao discutir a integralidade do cuidado, Cecílio (2001 e 2003) argumenta que se trata de uma proposta em atenção em rede na qual, os diversos serviços de saúde, compreendem estações desse cuidado. Para Alves (2005), que discute o tema a partir da atenção básica, a integralidade se contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos com a apreensão do sujeito biopsicossocial³³. Como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade³⁴ se coloca como possibilidade para o cuidado, já abordado no primeiro capítulo, que busca apreender todas as dimensões constitutivas do homem, apreendendo suas incertezas, suas questões trabalhistas, suas questões pessoais e familiares, enfim, tudo aquilo que lhe gera sofrimento.

³² Isto é, formar redes no território, conforme a definição do Ministério da Saúde em Brasil (2005).

³³ Observe-se que, mesmo defendendo uma abordagem integral, a autora acaba fragmentando o sujeito em três dimensões quais sejam: a orgânica, a emocional e a social. Na atenção psicossocial, pressupõe-se que a dimensão biológica é indivisível das demais dimensões de vida do sujeito.

³⁴ Cecílio (2001) argumenta que a integralidade é um dos tripés do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, juntamente com a equidade e a universalidade na atenção em saúde.

No que tange a intersectorialidade, Andrade (2006) apresenta como possibilidade de obter maior sinergia no atendimento às demandas e necessidades da população, envolvendo uma mudança cultural mais ampla num jogo de poder e substituição de valores culturais. Segundo o autor, a definição da saúde, na Constituição Federal Brasileira de 1988, é essencialmente intersectorial. E este conceito - originado do movimento de Reforma Sanitária e legitimado na Constituição - ao mesmo tempo em que reconhece que a saúde tem como fatores condicionantes e determinantes a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, atribuiu a uma política setorial o papel de divulgar esses determinantes e condicionantes, bem como de formular políticas destinadas a promover, nos campos econômico e social, a observância de ser a saúde – nessa concepção ampla – um dever do Estado.

Nisto se fundamenta o “dilema da intersectorialidade”, pois a aplicação desse conceito intersectorial de saúde precisa ser feito a partir de um Estado organizado sob bases de especialização e da setorialização. A questão colocada pelo autor seria como tornar possível a materialização da intersectorialidade numa era em que o que é valorizado é o aprofundamento do conhecimento num corpo fragmentado, e não em sujeitos, em vidas, e por que não dizer num conceito de saúde em que se coloca a possibilidade de questionamento do poder-saber da medicina; onde esta tem uma palavra importante, mas não determinante.

Portanto, não há como pensar a atenção em saúde mental orientada pelos princípios propostos por Basaglia e pelos ideais do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira sem entendê-la como, necessariamente, intersectorial e integral. Entretanto, a política de saúde mental, sozinha, não conseguiria fomentar ações pautadas na intersectorialidade, e que, conseqüentemente, tenham êxito em superar a fragmentação que, ainda, orienta muitas práticas e intervenções junto aos sujeitos, usuários do sistema público de saúde. Isso é tarefa das diversas políticas sociais: educação, habitação, assistência social, por exemplo. Só assim, poderemos vislumbrar uma dimensão ampliada da atenção psicossocial com contratualidade e com cidadania. Neste sentido, a questão se traduz num desafio que consiste em alterar a forma como as políticas são construídas e articuladas nos municípios e, também, na forma de articulação dos profissionais de saúde ou outra área de política social.

1.3. Do Movimento de Ruptura à Atenção Psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi marcada por um contexto mundial de luta contra a violência que existia no modelo asilar de tratamentos aos “doentes mentais”. No Brasil, para

além da crítica à violência e ao abandono, havia também a crítica quanto às fraudes no financiamento dos serviços de saúde. As várias correntes do movimento de reforma do século XX³⁵ já foram abordadas no item anterior e, dentre elas, as duas que mais inspiraram o modelo de atenção hegemônico em nosso país, quais sejam a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática devido pela perspectiva de ruptura que tinham em relação ao modo de tratamento tradicional e as instituições de assistência vigentes nesse modelo.

A primeira, de origem inglesa, tinha como mote o questionamento ao saber psiquiátrico e a visão positivista da doença mental como uma existência em si mesma; contextualizava a loucura social e politicamente, como uma experiência libertadora - uma reação ao desequilíbrio no âmbito das relações familiares³⁶.

A segunda, de origem italiana, e, influenciada por todas as outras reformas anteriores, propunha recuperar a complexidade da loucura; entendê-la em sua relação com o homem, à sociedade, à família, adquirindo uma complexidade tamanha que o saber psiquiátrico, sozinho, não daria conta de abrangê-la. Buscando uma concepção ampliada da loucura, como fenômeno complexo, essa corrente visava a que o sujeito – dito louco – pudesse ter de volta suas referências sociais, profissionais e culturais que havia perdido ao ser classificado como doente mental. Desse modo, reconhecia a doença, mas não rotulava quem sofria dela³⁷, e, ao fazer isso, buscou ocupar-se de tudo aquilo que se refere ao sujeito na sua existência.

O legado dessa iniciativa³⁸ foi a articulação das inovações trazidas pelas propostas das diferentes iniciativas de reforma do paradigma tradicional em psiquiatria. Conforme Vasconcelos (2008a), a perspectiva da desinstitucionalização logrou êxito em suas proposições para a saúde mental, pois partiu de uma ampla reflexão e diálogo de Franco Basaglia com os mais diferenciados autores e experiências práticas, anteriores e contemporâneas a ele, num movimento de apreender seus limites e o que elas tinham de melhor para daí avançar em suas percepções.

³⁵ Cito, especificamente, o movimento referente ao século XX, pois desde o tratamento moral iniciado por Pinel, na França, de fins do século XVII e início do XVIII, as mudanças ocorridas na abordagem da loucura são tidas como reformas, mesmo que atualmente se conteste sua essência em termos de garantia dos direitos de cidadania. O tratamento moral se opunha às ciências naturais e descartava as sangrias, as purgações e a hipótese da loucura conseqüente de lesão cerebral. A partir de então, a loucura passou a ter estatuto de doença mental requerendo um saber médico e técnicas para intervenção. Seus expoentes foram Pinel, Tuke (Inglaterra) e Esquirol, dentre outros alienistas (Resende, 2000).

³⁶ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ESJV), 2003.

³⁷ Rottelli (2001); Goffman (1961).

³⁸ A questão já foi abordada anteriormente com base em Amarante (2003).

Ao discutir sobre as abordagens psicossociais, o autor recuperou uma série de matrizes teóricas que contribuíram de maneira fundamental para aquilo que hoje se define como abordagens psicossociais. Portanto, define-a

...assim mesmo, no plural, por sua perspectiva eminentemente pluralista, multidimensional e interdisciplinar, e marcado inexoravelmente por um engajamento ético e político nas lutas dos vários movimentos sociais populares e seus projetos históricos, bem como na construção de políticas sociais universais e marcadas pelos princípios da integralidade, intersetorialidade e ampla acessibilidade, como direito do cidadão e responsabilidade do Estado (Vasconcelos, 2008a:15).

Ao problematizar sobre a ampliação do objeto nas abordagens psicossociais e os seus pressupostos teóricos, ele sinaliza elementos que constituem o objeto dessa abordagem. O primeiro deles é o conhecimento da realidade, das relações de poder e das contradições e lutas sociais na sociedade envolvidos nos processos sociais - a luta pela transformação das condições concretas de vida, de moradia e trabalho, e de reprodução social dos usuários da atenção psicossocial. Em segundo lugar, o amplo reconhecimento das necessidades específicas dos indivíduos e grupos sociais, principalmente, os com maior grau de dependência e fragilidade – e os usuários de saúde mental, em grande maioria, se incluem nesses grupos. O terceiro corresponde à mudança dos serviços e políticas sociais envolvidos e a transformação da atenção em saúde mental. Em quarto lugar, a ampliação e defesa dos direitos civis, políticos e sociais dos usuários no sentido de seu empoderamento, autonomização, participação política e social e conquista de plena cidadania; e por último, a reinvenção de modos de viver no sentido maior de criatividade e inovação. Essa ampliação de objeto toma o sujeito nas diferentes dimensões de sua vida, o que requer uma gama de recursos para o cuidado.

O autor afirma uma interlocução possível entre a Reforma Psiquiátrica e o Marxismo³⁹, visto que ambos têm, em sua essência, um processo de crítica, de autocrítica, que constitui o cerne do pensamento de Marx. Então, essa aproximação, corresponde à necessidade de se rever, a cada momento, num processo de auto-reflexão, mantendo sua capacidade crítica, de estranhamento⁴⁰.

³⁹ A associação entre reforma psiquiátrica e marxismo também feita por Basaglia, conforme pode ser verificado em Amarante (2003) e em Vasconcelos (2008a).

⁴⁰ O autor se insere na corrente teórica chamada de marxismo reivisionista e comunga das reflexões de Leandro Konder e Carlos Nelson Coutinho, dois expoentes do pensamento marxista brasileiro. Konder (1992) ao analisar “O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI”, livro que leva este nome, argumenta

Outras formas de pensar e definir a atenção psicossocial pelos autores brasileiros se assemelham, tendo em vista a fundamentação hegemônica no movimento italiano. Deste modo, a atenção psicossocial também pode ser entendida como

...a designação de experiências significativas na Saúde Mental coletiva brasileira, abordando elementos teóricos, técnicos, ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas na área, e que é capaz de superar o modelo psiquiátrico tradicional (Costa-Rosa, 2003:14)

Portanto, a atenção psicossocial aspira a uma transformação radical do saber e das práticas psiquiátricas e afins, por meio da articulação de várias dimensões simultâneas - epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural - configurando-se como um modelo aberto a inovações que ainda estão se dando nesta área de atuação (Luzio e L'Abbate, 2006). Estar aberto a novas percepções não significa dizer que é uma área de ecletismo ou um modelo pautado no "tudo pode". Significa sim, uma revisão responsável de tendências de cuidado que possam colaborar no fortalecimento de formas dignas e autônomas de vida para os usuários de saúde mental.

É neste sentido que Amarante (2007), ao definir o campo ou área da saúde mental e atenção psicossocial, afirma que o mesmo é plural e polissêmico; e utiliza o conceito de processo social complexo que, segundo ele, em uma palavra, abre um terreno onde as transformações não se limitam às mudanças meramente assistenciais. Sendo assim, a perspectiva de colocar a doença entre parênteses, adotada por este modelo de atenção, resulta em nos depararmos com inúmeras questões que, cotidianamente, se criam e se reconfiguram, resultando em desafios ao trabalho. Ou seja,

... [é deparar-se] com o sujeito, com as suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, [ou a falta dele], sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios e isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial (Amarante, 2007: 69; grifos nossos).

A estruturação da atenção psicossocial brasileira está fundamentada na substituição progressiva de um modelo de atenção que utilizava, exclusivamente, a internação em instituições asilares – os manicômios – para o cuidado pautado em serviços de atenção diária e extra-hospitalares, no âmbito municipal de saúde mental. Dentre tais serviços encontram-se

sobre a necessária capacidade de revisar para que a teoria marxista possa colaborar de maneira mais efetiva para os problemas vivenciados pela sociedade em nosso século. A reforma psiquiátrica também necessita ser dotada de tal capacidade para que possa atingir seus objetivos de emancipação, de autonomia e de condições de vida com dignidade para os usuários de saúde mental.

os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades⁴¹, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos em hospitais gerais, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais-Dia e as Redes de Trabalho protegido.

A expansão de tais serviços foi impulsionada pela aprovação em 2001, da Lei 10.216⁴², que dispõe sobre a proteção dos direitos dos pacientes psiquiátricos e, embora fosse menos transformadora em relação ao projeto original, propiciou que a assistência em saúde mental, através dos serviços substitutivos, chegasse em áreas do país onde não havia qualquer tipo de assistência. Aprovada cerca 30 anos, após o início do movimento de reforma psiquiátrica em nosso país, a Lei 10.216/2001 reforçou as normas e portarias do Ministério da Saúde de 1992, dando continuidade à expansão dos serviços. A lei de Reforma Psiquiátrica não instituiu a extinção dos manicômios, mas definiu três tipos de internação conferindo maior controle de tais ações, a saber:

1) a internação voluntária, que pode ocorrer a pedido do paciente ou por meio do seu convencimento por parte dos profissionais, que podem sugerir tal recurso argumentando de forma objetiva e verdadeira, com o usuário, a necessidade de protegê-lo, ou como forma de iniciar ações necessárias à sua saúde;

2) a internação compulsória, que é determinada pelo poder judiciário, mas sobre a qual a equipe técnica do serviço de referência, em saúde mental, deve se pronunciar sobre a necessidade ou não de tal procedimento, de forma a instrumentalizá-lo;

3) a internação involuntária na qual o usuário encontra-se no momento, sem condições de avaliar sua situação, se colocando em risco ou a outras pessoas. Esta deve ser informada ao Ministério Público no prazo de 72 horas.

A Lei 10.216/2001 diferencia-se em relação às outras existentes no Brasil, na medida em que advoga os direitos dos “portadores de doença mental”. Nas outras, não só predominava a ausência do direito dessas pessoas, mas revelava-se o caráter repressor da psiquiatria e o consentimento em anular o seu direito ao seu patrimônio, daqueles que o tivessem (EPJV, 2003)⁴³.

⁴¹ Serão abordadas a seguir.

⁴² A Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, como ficou conhecida, se originou da proposta de revisão legislativa do Deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais) através do Projeto de Lei 3675/89 que, embora não tenha sido aprovado em virtude do seu teor altamente transformador, teve o efeito de intensificar o debate sobre a saúde mental. Uma das proposições do projeto de lei original era a extinção imediata dos manicômios.

⁴³ A primeira lei foi sancionada na primeira década do século XX e a segunda foi editada por meio de Decreto 24559 de 1934, na ditadura Vargas.

Embora a lei aprovada tenha sido fruto de modificações no projeto original, como por exemplo, no que tange a extinção dos manicômios, algumas iniciativas importantes surgiram posteriormente no sentido de estabelecer normas para a assistência hospitalar em psiquiatria no SUS por meio da Portaria 251 de 2002, reclassificando os hospitais conforme indicadores de qualidade aferidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar. A reclassificação se dava por número de leitos, e os hospitais que não atendessem aos parâmetros da avaliação entravam em processo de descredenciamento do SUS. No anexo da Portaria, constam normas para atendimento hospitalar com vistas a garantir os direitos dos que apresentassem necessidade de internação.

Outra Portaria que contribuiu para redefinir o modelo de assistência psicossocial – 336/2002⁴⁴ - estabeleceu a distinção entre os CAPS, classificando-os conforme a abrangência e a complexidade em CAPS I, II e III, além de criar outros dois específicos, a saber: o CAPSi destinado a crianças e adolescentes, e o CAPS ad para tratamento de transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Além desta, outras portarias também regulamentaram outros dispositivos de desinstitucionalização no Brasil como os Serviços Residências Terapêuticos, o Programa De Volta para Casa e a ampliação da assistência na área de álcool e outras drogas, fomentando o avanço da saúde mental.

A Lei nº 10.708/2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial⁴⁵ para indivíduos acometidos de transtornos mentais e egressos de internações psiquiátricas de longa duração, para períodos iguais ou superiores a dois anos. Tal auxílio ficou conhecido como Programa “De Volta para Casa”, e vem constituindo-se num meio de impulsionar a desinstitucionalização de usuários com longo tempo de permanência em instituições manicomialais.

Também se destaca a Portaria nº 2197/2004 que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta iniciativa

⁴⁴ CAPS I – população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II – população entre 70 mil e 200 mil habitantes; inclusive CAPS AD e CAPS Infantil; CAPS III – população acima de 200 mil habitantes.

⁴⁵ Uma experiência-modelo de reconhecido êxito aconteceu nos anos 1980/90 no CAIS de Angra dos Reis, município situado na Região Sul Fluminense e foi premiado internacionalmente. Foi a partir desta experiência que ocorreu a instituição do referido Programa em nível nacional, na primeira gestão do Governo Lula. A esse respeito ver Pitta (1996) e Tenório (2001). O programa federal pagava uma bolsa no valor de R\$ 240,00 para usuários egressos de internação psiquiátrica com mais de dois anos de duração e também incluía os egressos dos hospitais de custódia, mais conhecidos como manicômios judiciários. Recentemente, no ano de 2008, o governo federal, na segunda gestão de Lula, ampliou o auxílio para R\$ 320,00. O Programa de Volta para Casa foi indicado pelo Ministério da Saúde como um dos indicadores da Saúde Mental no Pacto pela Vida (Portaria 399/2006), junto com a expansão da cobertura de CAPS e a redução da internação psiquiátrica, incluída pelo Estado do Rio de Janeiro. Dados da SESDEC (Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro) não apontam os municípios estudados com beneficiários no PVC, no ano de 2008 (SESDEC, 2008).

criou a possibilidade de deslocar a atenção ao indivíduo que sofre com a situação de alcoolismo e de drogadição do enfoque segregador e culpabilizador, para a discussão no âmbito de saúde pública, de condições de vida que envolvem não apenas do próprio sujeito, mas as pessoas que convivem com ele e sofrem tal situação. Possibilitou também a instauração de uma perspectiva integral de tratamento à questão, priorizando ações de cunho terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador.

Outra questão importante foi levantada pela Portaria nº 1169/2005, que destina incentivo financeiro a municípios que desenvolvam projetos de inclusão social, pelo trabalho, para pessoas portadoras de transtornos mentais ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Apesar da existência prévia de algumas cooperativas de trabalho protegido, a inclusão social dos usuários de saúde mental ainda é uma questão complexa. Tal portaria, no entanto, aponta possibilidade de discussão sistemática do assunto, além de atribuí-la ao nível institucional.

Neste sentido, o cenário atual da Reforma Psiquiátrica e o modelo de atenção psicossocial desenvolvidos, nos últimos 20 anos, no Brasil, suscitam outras preocupações de ordem operacional e também técnica, que são abordadas por Nunes (et al, 2008) em três âmbitos: a insuficiência do número de serviços substitutivos; a proximidade desses serviços em relação ao paradigma da desinstitucionalização; e o trabalho em rede.

No que tange à insuficiência do número de serviços substitutivos, isto se fundamenta no fato de que, em todo o Brasil, até o ano de 2005, tínhamos o registro de 689 CAPS em funcionamento. Tal período caracterizava-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e na fiscalização, e redução de leitos psiquiátricos existentes (Brasil, 2005)⁴⁶.

A segunda preocupação dos autores é quanto à orientação que tem norteado o funcionamento dessas instituições e a sua proximidade com o ideário da Reforma. Isto se torna crucial na medida em que a existência do serviço não garante, por si só, o combate à institucionalização e reclusão do usuário de saúde mental. Muitas vezes, isto pode ser perfeitamente desenvolvido em um serviço como os CAPS, na medida em que, não problematizados, os motivos que levam os usuários a permanecerem nestes locais os cinco

⁴⁶ Contudo, conforme poderá ser verificado a seguir, ainda persiste uma insuficiência tanto de CAPS quanto de outros dispositivos, que muitas vezes não se trata, tão somente, da existência dos mesmos, mas da sua manutenção que se manifesta através da insuficiência em números e em capacidade de atendimento das demandas cotidianas.

dias da semana - seja por orientação de seus familiares, ou pela ausência de outras possibilidades de vida para esses usuários⁴⁷.

A terceira e última preocupação dos autores refere-se ao formato de rede assumido pelos serviços de saúde mental e pelos serviços de atenção primária⁴⁸. Tal preocupação demonstra uma dificuldade de se conceber o usuário de saúde mental, como usuário do SUS, necessariamente dos serviços de atenção primária em saúde. Demonstra também a dificuldade de entender que os serviços de saúde mental, sejam estes CAPS, ambulatórios ou outros, são parte integrante do mesmo sistema de atenção em saúde. Isto se relaciona à forma como a saúde mental se desenvolve nos municípios, na percepção de gestores e de profissionais, que serão abordadas no capítulo III.

No geral, as transformações propostas no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, por meio do fomento do debate e da instituição de leis e portarias que visam a estruturar as condições para implementação dos princípios da Reforma, na rotina dos municípios e dos serviços, são possibilidades de avanço na afirmação dos direitos de cidadania dos usuários de saúde mental. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica se constitui em desafio, diariamente, em construção, pela necessidade de cultivar autotransformações para caminhar na garantia de direitos dos usuários. E esse movimento de revisão constante é crucial para que os novos serviços não caiam na armadilha de se cronificarem: seja em um único serviço, como tem acontecido em alguns municípios do interior; ou pela dificuldade de avançar na articulação com os outros serviços e políticas sociais como veremos no capítulo III.

A seguir, trabalharemos alguns elementos do debate da humanização em saúde e na saúde mental, que contribuem para pensar o modelo de atenção psicossocial.

⁴⁷ Alguns comentários feitos por usuários de um dos CAPS estudados elucidam a preocupação exposta antes. Durante um atendimento coletivo realizado com grupo de usuários, foi proposto como tema “o atendimento no CAPS” e uma usuária, ao ser indagada, comentou mecanicamente: “O CAPS é bom, dá comida, dá banho” e repetiu estas palavras diversas vezes. As observações feitas pelos outros usuários abordavam a distração da mente, a oportunidade de rever os amigos, de conversar com eles. Tais comentários sugerem a orientação e o funcionamento do serviço e, neste sentido, os profissionais, que são agentes da Reforma Psiquiátrica necessitam revisá-la continuamente – ou seja, se as suas ações corroboram ou negam os princípios da Reforma, pois, senão os serviços substitutivos incorrem no risco de reviverem a prática manicomial. Os usuários não foram alvo deste estudo, embora a sua percepção, de seus familiares e da comunidade em geral sejam fundamentais para avaliação sobre a saúde mental. Este comentário foi feito durante a “Oficina Trocando Idéias”, coordenada por mim que sou Assistente Social no CAPS de Cantagalo, no início de 2007.

⁴⁸ Ou seja, os serviços de atenção básica em saúde.

1.4. A questão da humanização no debate em saúde e na saúde mental

Desde o final dos anos 90, a preocupação com a humanização tem aumentado no campo da saúde devido à continuidade de graves problemas como as lacunas no atendimento, as precárias condições e relações de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), pelas dificuldades de parceria entre as diferentes esferas do SUS e o descompromisso com a assistência aos usuários e com a dimensão subjetiva.

Em tais circunstâncias, o governo federal lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospital do Ministério da Saúde (2001) que tinha como orientação a valorização da dimensão psicossocial dos usuários e familiares, e o trabalho em equipe multiprofissional com atuação de todos os atores sociais relacionados à atenção em saúde, inclusive dos gestores, enquanto responsáveis por criarem condições adequadas de atendimento, segundo os princípios da humanização. Nas próximas páginas, trataremos do debate sobre a humanização.

As primeiras reflexões sobre humanização em saúde surgem nos anos de 1970, na luta pelos direitos dos pacientes fundamentadas na Declaração Universal dos Direitos Humanos e se amplia, no Brasil, em finais da década de 1990. A proposta da humanização avançava em relação à discussão dos direitos dos pacientes, pois passava a ocupar-se da dimensão do cuidado.

Relacionada, historicamente, à religião e às práticas filantrópicas de cunho paternalista, a questão da humanização enfrentou uma dupla dificuldade em sua aceitação e implantação. A banalização do tema e a fragmentação das práticas relacionadas a programas de humanização existentes na atenção em saúde⁴⁹.

Segundo Deslandes (2004), a humanização possui vários significados na política de saúde⁵⁰ e surge como campo de possibilidades para o aumento da qualidade da assistência e para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. O primeiro significado insere-se na discussão da humanização como oposição à violência, que é a negação do outro. Tal violência pode ser física e psicológica, explícita ou simbólica. A violência evidente ou explícita, segundo a autora, parece ocorrer em situações-limite, nas quais são rompidos contratos básicos de sociabilidade. Nestes casos, também os usuários

⁴⁹ Vários autores foram utilizados para a discussão deste tema, dentre eles: Deslandes (2004 e 2005), Passos e Benevides (2005), Puccini e Cecílio (2004), Dimenstein (2004), Fortes (2004), dentre outros e os textos do Ministério da Saúde.

⁵⁰ Neste texto, a autora realiza uma análise sobre o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, por meio do Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (Brasil, 2000).

podem ocupar o lugar do agressor. E já a violência simbólica se dá pelo não reconhecimento ou desconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos usuários, que se traduz na imposição de valores morais e comportamentais⁵¹.

Outro significado identificado pela autora refere-se à humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bem relacionamento. Deslandes cita Merhy, no sentido de que as interações voltadas para a produção do cuidado também representam uma forma de tecnologia, que o mesmo define como “tecnologias leves”, ou seja, que dizem respeito à produção de vínculo, acolhimento, autonomização e de gestão do processo de trabalho – *tecnologias na saúde que estão inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão de cuidado* (Ibidem, p.10).

No que tange aos serviços prestados pelos novos dispositivos de saúde mental, especificamente nos CAPS, isso pode ser entendido como desde a disponibilização da medicação necessária até a utilização do recurso das visitas domiciliares e o acompanhamento dos usuários em outras instituições que se fizerem necessárias, e de outras atividades de vida diária no sentido de propiciar-lhes maiores níveis de autonomia para a melhoria de sua qualidade de vida, e ainda, o acolhimento à família, dentre outros.

O terceiro significado do discurso da humanização é a humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador. Neste sentido, a humanização traz uma modificação importante, pois não basta modificação apenas nas relações, mas também das condições da produção do cuidado em saúde com o desenvolvimento de uma melhor infra-estrutura, instalações físicas, adquirir equipamentos necessários ao desenvolvimento do trabalho.

⁵¹ A imposição de comportamentos pode ser entendida ao retomarmos aspectos já trabalhados, neste capítulo, sobre o isolamento dos loucos ou considerados desviantes na história de abordagem à loucura. O afastamento do seu modo de vida usual, a negação de seu direito de escolha e a subestimação de sua capacidade de discernimento foram práticas comuns na organização dos asilos psiquiátricos. Atualmente, a questão pode se traduzir de outras formas, tais como o relato de diário de campo que segue: Certo dia uma usuária, que se autodenominava com “problemas de nervo” chegou ao CAPS para apanhar sua medicação que já havia acabado. A enfermeira com a qual fazia a entrevista desta pesquisa, no momento, ao tentar lhe explicar que o pedido de medicação que havia feito ainda não tinha chegado, mas que tais medicações encontravam-se no setor de dispensação de farmácia do município, foi surpreendida, e eu também, por gritos e ameaças por parte da usuária dizendo que ao ficar nervosa perdia o controle - era capaz até de matar, de esmagar com as mãos e não se lembrar depois (sic). Após deixá-la falar e de certo modo desabafar, solicitei a usuária que nos informasse o que estava acontecendo. Ela iniciou dizendo que o funcionário do setor de dispensação disse que não poderia dar sua medicação, pois ela teria que pegar no CAPS e agora a enfermeira dizia que não tinha o remédio, que estava cansada de andar para lá e para cá, que seu remédio tinha acabado e não tinha condições de comprá-lo. No desfecho daquele atendimento, realizado enquanto fazíamos a entrevista, a enfermeira fez contato com o setor de dispensação e solicitou que fosse entregue a medicação à usuária. Entretanto, tal situação poderia ter sido evitada se ao ter chegado naquele setor, o referido funcionário tivesse feito contato com o CAPS para saber se tínhamos tal medicação disponível e que procedimento tomaria então. Tal situação revelou, pelo menos, dois aspectos da humanização que não foram contemplados: a escuta do usuário e um conseqüente atendimento de qualidade e a ampliação do processo comunicacional (Diário de Campo, 13/08/2008).

O quarto e último significado identificado é a humanização como ampliação do processo comunicacional, que a autora considera como central, pois sem a valorização das expressões das expectativas e demandas dos próprios usuários, reconhecendo sua autonomia e legitimidade simbólicas, não será possível aumentar a capacidade comunicativa. A inexistência de diálogo ou a sua deficiência, seja entre profissionais e usuários ou entre profissionais e gestores, repercute de forma negativa no cuidado, podendo gerar sofrimento não só em usuários, mas também em profissionais, pois *quando a boca cala, os órgãos falam*⁵² e, então não se produz saúde, nem qualidade de vida.

Na Política Nacional de Humanização estes significados se ampliam e se complexificam visando a atingir os diferentes níveis da atenção em saúde – a atenção básica, a urgência e emergência na assistência pré-hospitalar, a atenção especializada e a atenção hospitalar, através da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004a).

O contexto no qual a humanização se inseriu estava marcado pelas inovações idealizadas na política pública de saúde, reorientada pelo Sistema Único de Saúde - seus princípios e diretrizes – e a convivência com problemas tais como fragmentação das práticas e a verticalização dos processos de trabalho herdados do padrão anterior – que distanciam os profissionais entre si e estes dos usuários. Além disso, existia a grande dificuldade para lidar com expressões da questão social e a questões subjetivas presentes nas práticas de cuidado em saúde (Brasil, 2004a).

Então, o que comumente se entende por humanização refere-se

à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores, gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2004 b).

Neste sentido, a humanização significava ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Sendo assim, ao reafirmar os princípios do SUS, abordava também o cuidado/atenção àqueles que desempenhavam o ato de cuidar.

Dentre os princípios da Política de Humanização se destacam a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; o fortalecimento

⁵² Analogia ao mote utilizado na Terapia Comunitária, uma técnica de cuidado em saúde mental em bases comunitárias que vem sendo desenvolvida há cerca de 20 anos pelo Professor Adalberto de Paula Barreto, em Fortaleza, estado do Ceará. Essa perspectiva de trabalho será abordada no último capítulo, como nova possibilidade de cuidado na saúde mental.

de trabalho em equipe multiprofissional; o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivo; co-responsabilidade no processo de gestão e de atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Brasil, 2004b).

Algumas marcas ou prioridades da humanização foram atingidas em maior ou menor grau. Entretanto, a redução das filas e o tempo de espera, com a ampliação do acesso e o atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco e garantia da gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como a educação permanente aos trabalhadores, ainda se colocam com certa dificuldade⁵³.

A política de humanização coloca-se à uma tarefa dupla: a produção de saúde e a produção de sujeitos⁵⁴. Contudo, para que essa tarefa se concretize, é preciso estruturar o trabalho na perspectiva de rede, com participação de diferentes profissionais da saúde e das demais políticas setoriais como educação, assistência, previdência, segurança, habitação, que estejam criando nexos nos quais os aspectos subjetivos e sociais⁵⁵ estejam contemplados. Essa tarefa também supõe acolher/ escutar as demandas e necessidades trazidas pelos usuários e a cultura embutida nisso. Nesse ínterim, dois conceitos também utilizados nessa política se colocam no sentido da resolutividade e do atendimento com qualidade dessas necessidades (Brasil, 2004b).

Dar resolutividade às demandas que chegam aos serviços de saúde, nem sempre é possível apenas no âmbito do SUS. Neste sentido, a escuta, a troca de saberes (principalmente o saber trazido por pacientes e familiares), o diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, não apenas como reuniões eventuais, mas para constituir grupalidade são extremamente relevantes. Entretanto, as demandas de saúde são associadas a outras dimensões da vida social dos sujeitos – uma vez que se entende saúde como resultado de condições de vida, inserindo neste campo a educação, a convivência sócio-familiar, o trabalho, ou a falta dele, dentre outros fatores (Andrade, 2006).

⁵³ A crise nos hospitais públicos foi amplamente anunciada no decorrer do ano de 2007 em todo o Brasil.

⁵⁴ A produção de sujeitos pode ser definida a partir das leituras realizadas como ofertar condições ao indivíduo de tomada de decisões sobre si mesmo. Em Brasil (2004b), a humanização se define de forma indissociável neste ponto: a produção de saúde e de sujeitos.

⁵⁵ Aspectos subjetivos que são particulares, mas que compõem um coletivo; por isso a necessidade de visualizar o sujeito em sua especificidade, na sua singularidade, mas naquilo que ele tem do coletivo também.

Sendo assim, a organização dos serviços de saúde com base na humanização precisa se reorientar para acolher e dar conta das diferentes dimensões envolvidas no atendimento das demandas trazidas pelos usuários. Deste modo, algumas das diretrizes gerais para a materialização da política de humanização, nos diferentes níveis de atenção, visam a contemplar essa qualidade do cuidado a que se busca alcançar. Dentre elas citamos a ampliação do trabalho em equipe, o estímulo às práticas resolutivas, reforço ao conceito de clínica ampliada, sensibilização para abordagem da violência intrafamiliar, adequação do serviço de modo que considere o ambiente e a cultura local, estímulo à co-gestão, implementação do acesso e facilitação da comunicação e motivação à qualificação profissional através de processos de educação permanente (Brasil, 2004b).

A humanização, como dimensão pública das políticas, é discutida por Benevides e Passos (2005) que argumentam por uma necessária criação de espaços de construção e troca de saberes, de modo a estimular fatores como o trabalho em equipe, o vínculo com os usuários e a garantia de seus direitos. Afirmam que o pensamento no século XX foi fortemente marcado por um pensamento anti-humanista e isto traz dificuldades para pensar a política nacional de humanização nos dias atuais.

Ao problematizarem a humanização como política de Estado, os autores afirmaram tratar-se de uma nova forma política, na qual o Estado é ponto de referência do poder, e não mais o próprio poder. Por isso, a humanização na saúde não significa submetê-la à política emanada do Ministério da Saúde, mas como política que parte e se realimenta das experiências cotidianas em saúde, que pode e deve inovar. Isso requer uma ação diferenciada das esferas de governo. Na tese tradicional, o Estado era o centro e não a referência (Ibidem).

Neste sentido, entendem a humanização como

...menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais... e não havendo uma imagem definitiva e ideal do Homem, só nos resta aceitar a tarefa inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho, também constante, da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde. (Ibidem. p.570-571)

Isso implica reafirmar o movimento constituinte do SUS baseado na produção de saúde e de subjetividades protagonistas e autônomas, engajadas na reprodução ou invenção de modos de cuidado singulares, ultrapassando a experiência do binômio “queixa-conduta”, visto que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre sujeitos, sejam eles trabalhadores, gestores e usuários dos serviços. E neste

processo produzem-se saúde e sujeitos implicados com novas práticas em saúde (Benevides e Passos, 2005).

Ao discutir os desafios conceituais e metodológicos do projeto político da humanização, Deslandes (2005) sustenta que a humanização se insere em um contexto marcado por resquícios do modelo de assistência que, durante séculos, se baseou na hierarquia, na fragmentação e em uma lógica técnico-burocrática. A autora considera como elemento diferencial dessa proposta os processos de subjetivação que, ao envolver sujeitos coletivos nas práticas concretas e cotidianas, permitem-lhes transformar o modo de produzir cuidados de saúde e transformarem-se a si mesmos. É neste sentido, que segundo ela, a humanização passa a desfrutar o estatuto de política, pelo poder mobilizador de debate e de ações que aglutina e que não conseguiria fazê-la, se fosse apenas mais uma diretriz da saúde.

Quanto aos desafios que se apresentam na construção deste modelo e seus agentes, a autora mencionou dois: a produção de cuidado orientado pelo reconhecimento da pessoa e a produção de sujeito. Neste sentido, afirmou que existe uma crucialidade de se resgatar a politização do estatuto de pessoa – que passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais – e de sujeito – que nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões e à luz das condições de gênero, posição social e etnia/raça. Neste contexto, novas questões se colocam: que condições ou oportunidades reais existem na assistência prestada capaz de fomentar a autonomia, a escolha e as práticas de negociação. Só desta forma, contínua, será possível a instituição da humanização em contexto ao ideário do SUS.

Para Fortes (2004), humanizar a atenção na saúde supõe entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para viver de forma autônoma, considerando seus valores, experiências de vida como únicos. Refere-se, também, à possibilidade de transformação cultural da gestão e de práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, pautadas no respeito ao outro, no acolhimento, e tratamento ao usuário como cidadão.

A singularização do cuidado é ressaltada neste novo modo de produzir saúde e está, intrinsecamente, ligada à equidade (um dos princípios do SUS). Já no campo da saúde mental, a subjetividade foi, e ainda é, bandeira desde o início do movimento da Reforma Psiquiátrica. A luta contra a massificação e a descaracterização do sujeito, assim como o anulamento de suas vontades provocada pelo manicômio (Gofman, 1961).

Puccini e Cecílio (2004), ao tratarem das diferentes experiências do movimento de humanização, entendem-nas como tentativa de rupturas, de ir além das “necessidades⁵⁶ necessárias”; enfim, de ruptura com um entendimento tradicional do humanismo para uma prática transformadora. Para isso, segundo os autores, buscou-se recusar o entendimento da humanização limitada a uma coletânea de ações para amenização das contradições sociais. Neste sentido, a própria instituição do SUS, por meio da Lei Orgânica nº 8080/1990 e da Lei 8142 /1990, inaugurou a exigência de reconstrução da saúde que, para ser aprofundada, requer que sejam materializadas formas de ação cuidadora integral como direito de cidadania.

A humanização coloca-se, então, como oposta ao atendimento massificado, despersonalizado, mas tampouco se assemelha ao tratamento humanitário de caráter religioso ou caridoso, de atendimento àquele ou àquela que vai buscar uma unidade de saúde pública. O atendimento humanizado é a perspectiva do direito à saúde, assegurado na Constituição Federal de 1988 e nas leis que constituem o SUS. A polissemia do termo humanização, já abordada, fica ilustrada quando aproximamos este debate da área da saúde mental, pois no que tange a loucura, a criação dos asilos foi uma forma encontrada por Pinel de humanizar o tratamento aos ditos loucos. É neste sentido que entende-se que reforma e psiquiatria sempre estiveram associados e a proposta era, essencialmente, humanizar, aos moldes do que se vivia à época (Tenório, 2001).

Ao tratar da humanização em saúde mental, Dimenstein (2004) apóia-se na argumentação de Paulo Freire que defende o humanismo como compromisso com o homem concreto, transformando qualquer situação objetiva na qual o mesmo é impedido de ser mais. Alerta, contudo, sobre o risco de se promover uma desinstitucionalização aparente⁵⁷, mantendo em nossas práticas presentes no cotidiano de trabalho em saúde uma subjetividade manicomial. Esse compromisso com o homem concreto, defendido pela autora, significa passar da caridade, que é a negação do direito para a solidariedade e a condição de sujeito de direitos, ampliando os espaços de circulação de usuário, combatendo a exclusão social, a intolerância e discriminação vivida pelas pessoas que têm sofrimento mental.

Segundo a autora, o interesse pelo conceito de qualidade e humanização das ações em saúde decorre do fato de que ambos conceitos virem ocupando lugar de destaque no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil e no discurso dos

⁵⁶ Uma reflexão sobre as necessidades de saúde pode ser encontrada em Cecílio (2001).

⁵⁷ Entendemos desinstitucionalização aparente aquelas ações desenvolvidas nos CAPS e outros serviços substitutivos ao manicômio, que não objetivam a inclusão do usuário de saúde mental, ou seja, aquelas que perpetuam o isolamento, a exclusão, e que não favorece o seu questionamento.

profissionais do campo, norteados assim a atenção em saúde mental. Cita como exemplo a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) que teve como proposta *Cuidar sim, excluir não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social* (Ibidem)

Neste sentido, relaciona humanização e desinstitucionalização na medida em que esta

...pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem (e porque não dizer, enrijecem e normatizam) a rotina dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares (tornando-as verticais e antidemocráticas). Dessa forma, humanizar não se restringe somente ao aumento de unidades prestadoras de serviço nem à melhoria das condições e dos locais onde os usuários são atendidos, seja ambulatório, hospital-dia, sejam serviços os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Dimeinstein, 2004:113 grifos nossos).

Ao refletir sobre o ato cuidador em instituições psiquiátricas, Duarte (2004) considera que a Reforma Psiquiátrica brasileira tornou o cuidado objeto dos trabalhadores em saúde mental, deixando de ser objeto exclusivo da Enfermagem e sua “maternagem”, na medida em que houve um deslocar e uma construção de objeto no próprio campo da saúde mental, pendulando entre a piedade e o autoritarismo. O autor identificou dificuldades presentes nas práticas de cuidado: a hierarquização e fragmentação dos saberes e práticas e a centralização do trabalho em equipe na abordagem medicamentosa. Neste sentido, alerta que as produções de atos de cuidado em saúde mental podem ser simplesmente centradas nos procedimentos como a medicação e não nas demandas e singularidades dos usuários. Deste modo, determinados atos cuidadores, mesmo que sejam realizados dentro de um território técnico-assistencial de cuidado em saúde mental, não tem como fundamento necessário a noção de cuidado, favorecendo os processos de desinstitucionalização aparente citados anteriormente.

Merhy (2005), ao refletir sobre a dimensão cuidadora na integralidade, sinaliza que, dentre as possibilidades desta dimensão encontram-se o mundo subjetivo do usuário, suas representações e construções de necessidades; o usuário como sujeito de saberes e práticas; a produção de vínculos e responsabilização por todos implicados no cuidado; a articulação de saberes para composição de projetos de intervenção em saúde de modo amplo e o encontro de núcleos profissionais a partir do mundo do usuário. O autor defende que nesta dimensão de cuidado *o profissional pode emprestar um tipo de tutela que faça alavancar o outro, que nos atos pode se autonomizar maneiras bem usadas em cuidados como as que se fazem nas redes*

de atenção em saúde mental para que o outro continue a explorar a sua descoberta (MERHY, 2005:205)⁵⁸.

A interseção entre a política de humanização e o paradigma da desinstitucionalização também se coloca em outros conceitos norteadores da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental no Brasil⁵⁹, a saber: a clínica ampliada, o acolhimento, a equipe de referência, o matriciamento e o projeto terapêutico, que serão abordados a seguir.

A clínica ampliada ou a clínica do sujeito pressupõe o olhar para o sofrimento do sujeito e para a família. Tenório (2001), ao abordar o tema, afirma que a clínica visa à cidadania, pois ela parte do sintoma para o sujeito, na medida em que o sofrimento se materializa de maneira absolutamente singular na experiência de cada um. É por isso, segundo o autor, que a aproximação com a clínica e suas categoriais são necessárias para o propósito de construir novas possibilidades de existência para o louco e um outro lugar para a loucura. Nisto diferenciava-se da clínica tradicional, que cuidava e excluía ao mesmo tempo. O adjetivo “ampliada” significa a busca pelo máximo das referências do sujeito na comunidade.

Miranda e Onocko (2008) definem a clínica como exercício de desestabilização e movimento que afeta trabalhadores e usuários e defendem que a clínica necessária aos usuários de saúde mental é aquela que permita vivência de questões afetivas, de estabelecimento de relações e de compartilhamento no mundo social.

O acolhimento com resolutividade é o segundo conceito utilizado e consiste em acompanhar o encaminhamento feito e promover seu acesso aos serviços. Souza e Lopes (2003) discutem o acolhimento na atenção básica de acordo com a forma como o serviço se organiza para receber seus usuários e responder suas demandas, amparando-se em processos educativos em saúde, para construir uma relação diferente daquela estabelecida com pronto atendimento. Neste sentido, os autores afirmam que o acolhimento humaniza as relações entre usuários e trabalhadores de saúde, um espaço onde se cria vínculos a partir da escuta e de uma responsabilização que dão origem aos processos de intervenção. É nesse espaço que o

⁵⁸ O entendimento do termo tutela, utilizado pelo autor, diferencia-se da forma comumente utilizada na área jurídica, na qual a tutela se dirige para pessoas que são consideradas incapazes de tomar decisões para a própria vida, neste caso, os menores de 18 anos. Há ainda, o termo curatela ou interdição judicial que é utilizado no caso de adultos considerados pela justiça como incapazes para determinados atos da vida civil e nestes são incluídas, pela justiça, algumas pessoas com sofrimento psíquico grave ou que estejam graves no momento, além de outros casos específicos. A questão da interdição para usuários em sofrimento psíquico tem sido alvo de debates na área da saúde mental e na área jurídica. Sobre o tema conferir Medeiros (2007).

⁵⁹ Muitos dos profissionais de vanguarda, na área de saúde no Brasil, que constituem o movimento de Reforma Psiquiátrica, de Reforma Sanitária e, posteriormente, do movimento da humanização, são oriundos de um contexto de luta pela redemocratização do país e pela busca de ruptura com o modelo de saúde vigente. O novo modelo de saúde que se buscava, e ainda continuamos a buscar baseia-se em princípios como integralidade da atenção, universalidade do acesso, dentre outros que constituem o Sistema Único de Saúde.

profissional de saúde utiliza sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objetivo é o controle do sofrimento, ou a produção da saúde⁶⁰.

O terceiro utilizado foi o conceito de equipe de referência ao usuário. A equipe de referência constitui-se em marca central do trabalho na área da saúde mental, e o fato de um profissional assumir o acompanhamento do usuário considerando os diferentes aspectos de sua vida social, familiar, político e psiquiátrico. Miranda e Onocko (2008) defendem benefícios desta forma de trabalho, pois serve para a criação de vínculos que superem a centralização do poder do médico, mas, apesar de sua importância para os pacientes, ela não tem se mostrado capaz de impedir alguma tendência de monopolização de saber sobre um caso. Na atenção básica, a equipe de referência é norteadora das ações das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde. E neste sentido, a Portaria 648/2006 define como fundamento da atenção básica o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado⁶¹.

O matriciamento é o quarto conceito utilizado e que consiste na troca de saberes, de experiências entre os profissionais, trabalhando o núcleo e preparando o campo para que outros profissionais possam dar continuidade ao trabalho. Dentre as propostas do Ministério da Saúde, na qual este conceito encontra-se contemplado, é da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Definidos pela Portaria 154/2008, os NASF constituem-se em possibilidades estratégicas de fortalecimento da atenção básica, pautado num arranjo organizacional que enfatiza diferentes modos de construção de ações de cuidado e de produção de saúde. Eles buscam fortalecer a integralidade do cuidado e o trabalho em equipe. No que tange a saúde mental, há menção específica no artigo 4º, § 2º de que os NASF tenham

⁶⁰ A escuta e a responsabilização são partes do acolhimento como forma de cuidado e envolvem a disponibilidade do profissional de saúde em escutar a demanda trazida pelo usuário e responsabilizar-se, junto com ele, pelo processo de produzir saúde. Tais fatores são de extrema importância na área da saúde, pois valoriza o sujeito e sua fala, e não os sintomas que apresenta. Ainda sobre o acolhimento, os autores definiram como seu objetivo controlar o sofrimento. Neste aspecto, consideramos que o objetivo do acolhimento seja disponibilizar meios, seja este a escuta ou outro recurso, para que o usuário tenha condições de reelaborar/resignificar as situações que lhe causam sofrimento. E é o saber profissional que ele adquire através de sua formação e de processos de educação continuada e permanente que possibilitará que auxilie o usuário a 'desocultar', ou melhor, a evidenciar as saídas para sua dor. Sendo assim, o acolhimento envolve relações permeadas pela escuta, aceitação, empatia, confiança e ausência de julgamentos, podendo, junto com outros recursos, propiciar, ao usuário, trabalhar as questões que lhe causam dor.

⁶¹ Os outros fundamentos da Atenção Básica, conforme Portaria 648/2006, são: possibilitar o acesso universal contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo porta de entrada preferencial do sistema de saúde; efetivar a integralidade; valorizar profissionais de saúde através de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social.

ao menos 01 profissional de saúde mental tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

O quinto é o de projeto terapêutico tendo em vista que o cuidado precisa ser orientado pelas necessidades apresentadas por cada sujeito que busca atendimento nas unidades de saúde, independe do nível de atenção requerida. Os projetos terapêuticos são singulares, pois precisam atender às necessidades dos usuários e tomam como base suas experiências de vida. E também são coletivos, visto que todo sujeito está inserido em um coletivo. São eles que permitem forjar estratégias nas quais as possibilidades de autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos sejam ampliadas.

Por isso, uma prática em saúde fundamentada em tais conceitos supõe, na área da saúde mental, a criação de novos serviços para além dos CAPS, com boa estrutura, com profissionais qualificados, requisitos necessários, mas não suficientes. É preciso estar atento, sobretudo, ao tipo de práticas que se criam nestes espaços, visto que somente por meio da construção de uma nova forma de cuidado para os usuários, tal como propõe a Reforma Psiquiátrica e a perspectiva da desinstitucionalização, é que se tornará possível a produção de saúde e de sujeitos. Essa forma de produzir saúde é reforçada pela política de humanização em saúde.

Até o momento foram apresentados alguns elementos que deram forma à atenção oferecida ao usuário com sofrimento psíquico na trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para isto, retomamos desde a circulação livre destes indivíduos pelas ruas no século XVI, passando pela privação deste direito com a instituição dos hospitais gerais e depois dos asilos; até os dias atuais com a criação de serviços substitutivos ao manicômio que objetivam garantir a vivência do sofrimento mental com dignidade e respeito à diferença. Neste sentido, trabalhamos, também, alguns tópicos sobre a humanização em saúde e na área da saúde mental, pois nos municípios estudados, ainda que se trabalhe a partir de alguns dos conceitos discutidos como a cidadania, o acolhimento, a atenção psicossocial, a desinstitucionalização da loucura, a clínica ampliada, a integralidade e a intersetorialidade do cuidado dentre outros, a articulação entre os princípios da Reforma, a cidadania e a política ainda não tem conseguido inovar na garantia dos direitos de cidadania ou acontecer de forma sistemática devido à fragilidade de articulação entre os serviços e políticas sociais.

CAPÍTULO II – EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE MENTAL NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nesta etapa visa-se a uma apresentação, em linhas gerais, de uma descrição da rede de saúde mental no interior do Estado do Rio de Janeiro, item 2.1, enfatizando as regiões fluminenses nas quais se inserem os municípios estudados na pesquisa. Antes, contudo, apresentaremos alguns elementos da atenção psicossocial no Estado do Rio de Janeiro, englobando desde experiências inovadoras desenvolvidas no período que antecedeu ao final dos anos de 1970, reconhecido como o início do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, até o cenário atual no Estado, no sentido de contextualizar a situação dos municípios no panorama da saúde mental. Também apresenta no item 2.2 a metodologia adotada para o estudo.

2.1. Alguns elementos introdutórios da construção da atenção psicossocial no Rio de Janeiro

Não basta modificar palavras e conceitos se não se transformam as relações. As mudanças sociais só se dão de fato quando ocorrem no âmbito das relações sociais (Marx: 2002).

Tomando estas palavras de Marx, retomaremos alguns aspectos que têm delineado a construção da atenção psicossocial no Estado do Rio de Janeiro e, particularmente, em municípios do interior.

O processo histórico de implementação de assistência em saúde mental nos estados brasileiros, ao longo dos anos, seguiu a tendência do “modelo hospitalocêntrico” e, ao confrontamos dados da distribuição dos leitos psiquiátricos no Brasil, verificamos que essa oferta hospitalar se caracterizou, em sua maioria, de leitos privados. Estes estiveram, historicamente, concentrados nos centros de maior desenvolvimento econômico do país e, dentre os estados com maior tradição hospitalar, no Brasil, estão a Bahia, Pernambuco (Nordeste), Goiás (Centro-Oeste), Paraná (Sul) e São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (Sudeste). Esta por sua vez com 60% dos leitos de psiquiatria do país. Isso fez com que vastas regiões ficassem carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. (Brasil, 2005).

A III Conferência de Saúde Mental, em 2001, trouxe consenso às propostas da Reforma Psiquiátrica que foram consolidadas como política de governo. Esta conferiu aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, organizando uma rede

substitutiva ao hospital psiquiátrico, pautada em uma nova forma de cuidado - estimuladora de autonomia, que convida o usuário a responsabilizar-se e ser protagonista no seu tratamento, e na vida. A Conferência defendeu, também, a construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas e estabeleceu o controle da sociedade como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Dentre outras mudanças significativas, forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (Brasil, 2005).

É digno de nota que o Rio de Janeiro foi palco de experiências pioneiras que foram fundamentais para o cenário atual. Dentre elas, o trabalho desenvolvido pela psiquiatra Nise da Silveira no Hospital Pedro II, que iniciou em 1946, uma proposta inovadora numa época em que a assistência psiquiátrica baseava-se em moldes exclusivamente hospitalares. Iniciou, no Centro Psiquiátrico Nacional, bairro do Engenho de Dentro⁶², oficinas abertas de atividades ocupacionais, profissionalizantes e artístico-expressivas. Seu trabalho priorizava a clientela grave de instituições públicas (Vasconcelos, 2008 a).

Outra experiência inovadora ocorreu bem mais tarde, a partir dos anos 1980. São ações de apoio à desinstitucionalização e a criação de uma das primeiras Associações de usuários, familiares e profissionais de saúde mental no Estado, no município de Angra dos Reis; e mais recentemente, a intervenção da Casa de Saúde Dr Eiras em Paracambi, e a criação de residências terapêuticas; e a desativação do Hospital Colônia Teixeira Brandão⁶³ no município do Carmo, na Região Serrana Fluminense⁶⁴.

Embora as possibilidades de serviços colocadas pela legislação ainda não correspondem aos serviços existentes e seja notória a valorização dos CAPS no cenário da Reforma, estes serviços, principalmente em municípios nos quais se constituem o único dispositivo de assistência em saúde mental, têm se empenhado num trabalho de qualidade. Deste modo, a construção da atenção psicossocial no Estado do Rio de Janeiro apresenta desafios.

⁶² Bairro no qual localizava-se o hospital psiquiátrico.

⁶³ O Hospital de natureza público estadual chegou a ter 400 leitos psiquiátricos. Desde 2000, o Hospital estava fechado para novas internações e desde então um processo de desinstitucionalização dos pacientes, foi realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro com o apoio do município do Carmo e apoio técnico do Ministério da Saúde. Dentre os dispositivos implantados para a desinstitucionalização dos usuários e a construção da atenção psicossocial no município foram: 29 residências terapêuticas (13 na área do hospital e 16 no município), 1 CAPS I e cadastro de usuários no Programa De Volta para Casa (PVC), num total de 69 cadastros (Brasil, 2007).

⁶⁴ Dentre outras inovações ocorridas no Estado se destacam na área da Saúde Mental e cultura, principalmente no município do Rio de Janeiro. Cf Brasil (2007).

Um dos marcos na construção da atenção psicossocial foi a elaboração do Plano Estadual de Saúde Mental (SES/RJ, 2002) que identificou e sintetizou as dificuldades de cada região, detalhando as estratégias e ações prioritárias de saúde mental para os 92 municípios. Dentre os problemas apontados à época estavam:

- 1) a centralização do modelo assistencial na internação hospitalar com um alto custo e baixa resolutividade;
- 2) a insuficiência de recursos humanos e assistenciais alocados de forma equânime entre os municípios para a reversão da assistência;
- 3) o alto índice de internações psiquiátricas fora dos municípios de origem, sem a anuência das coordenações de saúde mental;
- 4) a insuficiência de ações/projetos municipais de desinstitucionalização para a clientela há longo tempo internada e/ou asilada;
- 5) a pouca articulação dos Programas Municipais de Saúde Mental com os demais setores das administrações públicas municipais e da sociedade;
- 6) a insuficiência na oferta de serviço para crianças e adolescentes, dentre outros (SES/RJ, 2002).

No mesmo diagnóstico realizado apontaram-se os seguintes problemas para as regiões nas quais estão inseridos os municípios estudados pela pesquisa, respectivamente - Cantagalo e Itaocara: 1) na Serra Fluminense - modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico com pouca oferta de recursos extra-hospitalares e, 2) na Noroeste Fluminense - dificuldades para se garantir ações integrais em saúde mental, visto que vários municípios não possuíam programas de saúde mental e tinham baixo número de serviços extra-hospitalares para assistência ao portador de doença mental.

Atualmente, após mais de cinco anos de elaboração de tal plano, é necessária uma revisão crítica sobre o tipo de assistência em saúde mental que tem se consolidado pelo interior do Estado, principalmente em municípios inseridos nas regiões com os problemas enumerados. A maioria dos municípios de ambas as regiões já possuem algum dispositivo de atenção extra-hospitalar em saúde mental – Ambulatórios, residências terapêuticas, CAPS I, embora estes ainda prevaleçam como principal recurso. Permanece, contudo, a dificuldade em garantir ações integrais (SESDEC, 2008).

Outra dificuldade que a atenção psicossocial enfrenta é na assistência dos Hospitais Gerais aos usuários em crise e, sua articulação com a rede - principalmente com os CAPS - responsável pelo cuidado após a crise. E ainda, no âmbito da assistência a crianças e adolescentes e a usuários de álcool e outras drogas, já que em municípios com menos de 70

mil habitantes – como nos municípios estudados - a legislação não favorece à implantação de serviços específicos. A tabela nº 1 ilustra a distribuição dos tipos de CAPS por região e como pode ser observado prevalecem os CAPS I.

TABELA 1
A distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial pelo território fluminense por tipo de CAPS

CAPS no Estado do Rio de Janeiro por Região (nº)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	Total por região (nº)	%
Baixada Ilha Grande	2	1	0	0	0	3	2,83
Baixada Litorânea	2	1	0	0	0	3	2,83
Centro Sul	4	2	0	0	2	8	7,54
Médio Paraíba	5	5	0	2	2	14	13,2
Metropolitana I	0	21	1	8	8	38	35,8
Metropolitana II	1	4	0	3	2	10	9,43
Norte	4	2	0	2	2	10	9,43
Noroeste	7	1	0	0	1	9	8,49
Serrana	8	2	0	1	0	11	10,37
Total	33	39	1	16	17	106	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, outubro de 2008.

Até 2005, o Rio de Janeiro era o quarto estado com maior número de CAPS, com 62 unidades, perdendo para São Paulo com 140, para Minas com 88 e Rio Grande do Sul com 72 dispositivos. Naquela época, o estado contava com 20 CAPS I, 30 CAPS II, nenhum CAPS III, 06 CAPSi e 06 CAPS ad. (Brasil, 2005). É notório o avanço no número de CAPS nesses três anos, entretanto, o mesmo não se pode ser afirmado para os CAPS III, que no mesmo período só implementou um serviço.

Observamos – ver tabela 1 - que os CAPS I são mais frequentes em regiões com municípios com pouca população, a saber, Serrana e Noroeste. Estes municípios têm em comum a dificuldade de acesso a centros de formação profissionais públicos que tenham como ênfase o estudo das políticas sociais públicas, que discutam a saúde e, também de saúde mental, quase todos por sua vez localizados na Região Metropolitana. Aquelas regiões dispõem, em maior número, de centros de formação e capacitação privados, mas não em todos os municípios⁶⁵.

⁶⁵ Uma das poucas exceções são os municípios de Campos dos Goitacazes com a UENF, sendo o CCH (Centro de Ciências do Homem) o que há uma possibilidade de aproximação, mesmo que pequena, da discussão da saúde e da saúde mental; e a Faculdade de Serviço Social da UFF. Também Bom Jesus do Itabapoana, tem uma extensão do campus da UFF.

Sendo assim, o Ministério da Saúde caracteriza os CAPS I como:

...Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. (Brasil,2005: 29)

Tais serviços responderiam de forma eficaz à demanda, se funcionassem em condições adequadas, com recursos suficientes, com rede de apoio e integração com demais políticas setoriais, e ainda, se voltados, especificamente, para clientela mais grave. Entretanto, na percepção dos profissionais de saúde mental dos CAPS I estudados – ver próximo capítulo – isso não acontece desta forma.

A tabela 1 mostra a existência de concentração dos CAPS II nas regiões metropolitanas I e II que correspondem às áreas mais populosas do Estado⁶⁶. E mostram, ainda, uma baixa oferta de CAPS III, responsáveis pelo acolhimento noturno de usuários e com leito destinado ao acolhimento da crise psiquiátrica. De acordo com a Portaria 336/2002, estes CAPS devem oferecer ações comuns às outras modalidades de CAPS⁶⁷, e atenção contínua em 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.

Os dados apontam também para melhorias nos serviços, bem como obstáculos enfrentados pelos municípios do interior na implementação de ações que contemplem a proposta política de saúde mental. O quadro 1 demonstra a evolução do número de CAPS ao longo dos anos.

⁶⁶ Vide dados do IBGE (2007). A Região Metropolitana I é composta pelos seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica. A Metropolitana II é composta pelos municípios de Itaboraí, Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo.

⁶⁷ Ou seja: atendimento individual, em grupo, em oficina terapêutica; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias; acolhimento noturno e finais de semana com no máximo cinco leitos; fornecimento de alimentação de acordo com número de turnos que o paciente é assistido; permanência do mesmo paciente no acolhimento não pode ultrapassar sete dias corridos ou dez intercalados dentro de trinta dias.

QUADRO 1

Evolução dos CAPS no interior Estado do Rio de Janeiro - Regiões Serrana⁶⁸ e Noroeste

Região/Município	2003 ⁶⁹	2004	2005	2006	2007	jun e out 2008
Estado	61	74	79	92	100	106
Região Serrana	5	9	9	10	12	12
Carmo	1	1	1	1	1	1
Cordeiro	1	1	1	1	1	1
Cantagalo	1	1	1	1	1	1
Cachoeiras de Macacu		1	1	1	1	1
Guapimirim				1	1	1
Nova Friburgo		1	1	1	1	1
Petrópolis		2	2	2	2	2
São Sebastião do Alto	1	1	1	1	1	1
São José do Vale do Rio Preto					1	1
Sta. M ^a Madalena / Trajano de Moraes					1	1
Sumidouro	1	1	1	1	1	1
Noroeste	5	6	6	8	9	9
Bom Jesus do Itabapoana	1	1	1	1	1	1
Italva / Cardoso Moreira		1	1	1	1	1
Itaocara	1	1	1	1	1	1
Itaperuna	1	1	1	2	2	2
Natividade / Varre-Sai				1	1	1
Miracema	1	1	1	1	1	1
Porciúncula/ Antônio Prado - MG					1	1
Santo Antônio de Pádua	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SESDEC (Outubro de 2008) e (Agosto, 2008).

Em muitos deles, observamos que os CAPS têm entre 4 e 5 anos de funcionamento, tempo considerável para estimular uma nova cultura em saúde mental nesses municípios. Não se trata de uma tarefa fácil, por todos os problemas enumerados anteriormente. Superá-los exige um esforço diário das equipes de saúde mental, de ampliar os espaços sociais para política de saúde mental e para os usuários. Neste sentido, de acordo com o que foi visto sobre a humanização em saúde, é necessária a abertura de novos serviços e espaços de funcionamento, mas implica também em mudança nas relações entre os usuários e

⁶⁸ Nas referidas regiões ainda não tem CAPS, mas contam com Ambulatório de Saúde Mental os seguintes municípios: Bom Jardim, Duas Barras, Macuco e Teresópolis (Serrana) e Aperibé, Cambuci, Laje de Muriaé e São José de Ubá (Noroeste).

⁶⁹ O ano referência aqui é 2003, pois o quadro foi elaborado com base nos dados do Relatório de Gestão de Saúde Mental de 2008, da SESDEC-RJ. O ano de referência da pesquisa que resultou nesta dissertação de mestrado é 2002, ano em que o Plano Estadual de Saúde Mental foi lançado (SESDEC, dezembro de 2002).

profissionais e dos profissionais entre si, qualificação profissional, estímulo a troca de saberes dos envolvidos no cuidado em saúde. E na área da saúde mental, também a inclusão dos gestores e outros atores no cenário municipal.

O financiamento dos serviços também se coloca como questão relevante, pois dos 106 CAPS existentes, 90 são credenciados e 16 deles, até outubro de 2008, ainda não eram credenciados (*QUADRO 2*). A Região com maior incidência é a Metropolitana I com 07 casos, seguida da Região do Médio Paraíba com 03, a Norte com 02, a Serrana com 02, o Centro Sul e a Litorânea com 01 cada.

A decisão do Ministério da Saúde por uma rede pública de CAPS foi viabilizada pela política de financiamento adotada que favorecia à expansão da rede. Tal política baseou-se na inserção dos CAPS dentre as ações estratégicas do Ministério da Saúde, e sua remuneração passou a ser feita pelo sistema de financiamento APAC/SIA com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). A instituição desse novo modelo de financiamento, compondo recursos fora dos tetos financeiros do município, significava a destinação da verba para conta específica do município, exclusivamente para o custeio do CAPS e tornava o governo federal o principal órgão financiador destes serviços (Brasil, 2007).

Ao final de 2004, a antecipação dos incentivos foi um dos principais mecanismos indutores da implantação destes serviços nos municípios, pois possibilitou aos gestores sanar problemas com os espaços físicos, equipamentos ou capacitação (Brasil, 2007). Este modelo de financiamento tem gerado polêmicas⁷⁰, mas de qualquer forma o credenciamento significa

⁷⁰Freire (et al, 2005) argumenta que o modelo de alocação de recursos dos CAPS se dá de forma *ex-post* – efetuação do pagamento a posteriori – e o número de diárias corresponde a cada tratamento individual, variando caso a caso. Para os autores, dois fatores se apresentam como contribuições à política nacional de saúde mental em decorrência do sistema de remuneração APAC. Primeiramente, a inserção no FAEC propiciou maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços. Em segundo lugar, o sistema APAC permite que o gestor municipal colete informações referentes à clientela assistida pelo CAPS, possibilitando a formação de banco de dados sobre os mesmos, subsidiando estudos epidemiológicos, bem como auxiliá-los na avaliação e condução de sua política local de saúde mental, devendo estar atentos para a não limitação das ações. Sobre as desvantagens, afirmam que ele transformou o sistema de assistência em saúde em um mercado, transformando os usuários de saúde em mercadoria submetidos a processos de compra e venda, característicos do modelo tradicional de assistência médico-sanitária. Deste modo, sugerem que a modalidade de repasse *ex-ante* como um caminho interessante de negação dessa lógica de mercado que se embrenhou na saúde. Tal modalidade de repasse é feita previamente à prestação dos serviços, sendo encontrada nos casos de orçamento global e por capitação, nas quais o volume de recursos alocados se dá de acordo com a capacidade instalada e/ou de cobertura do serviço. Portanto, desatrelando-se à quantidade de serviços prestados e conjugando-se à capacidade de produção e à responsabilização assumida pela clientela adscrita. No caso dos CAPS, possibilita “desvincular sua atuação da noção de doença e proporcionaria a desvinculação de suas ações de diária (“procedimentos”), possibilitando o desenvolvimento de uma complexidade de ações às quais estes serviços se propõem.. A Portaria 336/02 já aponta para essa lógica ao inserir noções de cobertura populacional na organização e implantação do CAPS, imprimindo o conceito de responsabilização pela demanda, ao definir que os CAPS deverão atuar segundo a lógica do território. [Esse sistema] de recursos capitação [...] assemelha-se às características propostas pelos serviços substitutivos, [...] um financiamento pautado na base populacional, associado ao princípio da

recebimento de verba e os municípios não credenciados, mesmo que ofereçam uma estrutura de serviço semelhante aos CAPS, não recebem as verbas no valor referente aos CAPS I. E outras questões se colocam na discussão sobre o credenciamento dos serviços, pois anteriormente às Portarias 189 e 336 de 2002 destinavam recursos para a saúde mental encaminhando-lhes diretamente ao Fundo Municipal de Saúde desvinculados do teto financeiro dos municípios⁷¹. Com a Portaria 2867 de 2008, está prevista a inclusão do financiamento do CAPS no teto financeiro do município, ou seja, dentro do montante de recursos enviados para a saúde.

Tal mudança, provavelmente, provocará modificações na situação dos próprios CAPS I cadastrados e credenciados, bem como desses serviços não credenciados que implicam num esforço dos gestores municipais em custeá-los, por incentivo próprio. Esta situação pode ser analisada sob dois prismas: por um lado, pode ser considerada louvável, pois implica disponibilizar uma estrutura de atendimento mais próxima às necessidades da população. Ou como um complicador, pois pode favorecer o uso eleitoral do serviço por parte de alguns governantes sem compromisso com a gestão pública e com a garantia de direitos de cidadania.

Alguns municípios vivenciam situações semelhantes à relatada anteriormente e, apesar de oferecerem oficinas terapêuticas, atendimento multiprofissional, são cadastrados como Ambulatório de Saúde Mental, diferindo a forma e o valor do financiamento em relação aos CAPS I. Em alguns deles, virtude de visita⁷² realizada, foi observado que os usuários estavam há vários dias sem medicação, sem alimentação, os profissionais com salários atrasados e muitas situações de contrato temporário. O Quadro 2 ilustra a situação dos CAPS na Região Serrana e Noroeste, em relação ao credenciamento.

responsabilização da demanda. Desse modo, o CAPS seria financiado para realizar ações em seu território, sendo responsável pela clientela a ele adscrita e não pela quantificação de atos produzidos. (Freire et al, 2005:138-139)

⁷¹ Trata-se de recursos destinados fora do teto de recursos repassados comumente aos municípios. Ou seja, para além do repasse das outras esferas, a União ainda destinava, através do Ministério da Saúde, recursos extra que eram contabilizados pelo Sistema APAS/SAI, conforme abordado no início do Capítulo III, ao tratarmos sobre o credenciamento dos CAPS e citarmos a análise de Freire (2005).

⁷² Visita realizada, em 12 de setembro de 2008, a convite de um profissional que trabalhava num dos serviços estudados pela pesquisa. No serviço visitado, o prédio era alugado, tinha boa estrutura física com salas para atendimento individual e em grupo, espaços para oficinas; leitos para descanso, número de profissionais considerável, dentre outras coisas. Contudo, estavam há mais de 15 dias sem ter medicação para fornecer, sem alimentação e o lanche que estava sendo servido, na parte da manhã, estava sendo pago com recursos dos próprios funcionários. Em conversa com alguns profissionais, os mesmos alegaram que havia uma falta de interesse do gestor para que o município passasse a ter CAPS I, mesmo com população menor que requerida, pois havia uma demanda grande em saúde mental (Diário de Campo, 12/09/2009).

QUADRO 2
Cadastro das Unidades dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro –
Região Serrana e Noroeste até junho e outubro de 2008

Região	Município	Nome do Serviço	Situação
SERRANA	Carmo	CAPS I	Credenciado
	Cordeiro	CAPS I	Credenciado
	Cantagalo	CAPS I Mª José R.Barrada	Credenciado
	Cachoeiras de Macacu	CAPS I	Credenciado
	Guapimirim	CAPS I	Não informado*
	Nova Friburgo	CAPS II	Credenciado
	Petrópolis	CAPS II Nise da Silveira	Credenciado
		CAPSi Sylvia Orthof	Credenciado
	São Sebastião do Alto	CAPS I	Credenciado
	São José do Vale do Rio Preto**	CAPS I	Não Informado
	Sta. Mª Madalena / Trajano de Moraes	CAPS I	Não informado
	Sumidouro	CAPS I	Credenciado
NOROESTE	Bom Jesus do Itabapoana	CAPS I José de O. Borges	Credenciado
	Italva / Cardoso Moreira	CAPS I Cardoso Moreira	Credenciado
	Itaocara	CAPS I	Credenciado
	Itaperuna	CAPS II	Credenciado
		CAPS ad	Credenciado
	Natividade / Varre-Sai	CAPS I	Credenciado
	Miracema	CAPS I Lydiane Barros	Credenciado
	Porciúncula/Antônio Prado - MG	CAPS I	Credenciado
Santo Antônio de Pádua	CAPS I Ilha da Convivência	Credenciado	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SESDEC (Outubro de 2008) e (Agosto, 2008).

* Não informado foi utilizado tanto para os CAPS ainda não credenciados como para os que não constavam na listagem.

**Há divergências nos dados da SESDEC sobre a inclusão do município de São José do Vale do Rio Preto. Em um documento constava o funcionamento de um CAPS desde 2007. Embora não estivesse descrito o tipo de CAPS, provavelmente era tipo I pela população definida pelo IBGE (2007) de 19445 habitantes.

O fato de alguns municípios não atenderem o critério populacional para implantação de CAPS I, obriga-lhes a oferecerem atendimento ambulatorial em saúde mental. Entretanto, isso se diferencia dos Ambulatórios de Saúde Mental propriamente ditos, pois, conforme definição do Ministério da Saúde, o critério adotado para um dispositivo ambulatorial é o serviço dotado por pelo menos quatro profissionais prestando atendimento. Não são considerados “ambulatórios de saúde mental” os centros de saúde (atenção básica) ou hospitais gerais que contam com até três profissionais que prestam consultas de saúde mental. Estes são considerados como atendimento ambulatorial dispersos na saúde. Até o ano de 2006, o Estado do Rio de Janeiro dispunha de 68 ambulatórios⁷³ (Brasil, 2007).

⁷³ Os ambulatórios de saúde mental podem não ser suficientes, em muitos casos, para oferecer atendimento contínuo a clientela mais grave.

Embora os CAPS tenham surgido num contexto de insuficiência do “ambulatório de consultas” - da década de 1980 - a criação e implantação dessas estruturas - segundo Tenório (et al, 2000) - não implicou numa solução definitiva ao desafio de atender, com qualidade e eficiência, os usuários dos serviços de saúde mental. E hoje, os CAPS convivem com o paradoxo de requerer a criação dos ambulatórios, ou seja, a criação de um espaço específico, com recursos humanos e materiais próprios, para dar conta do atendimento não graves em saúde mental, para literalmente desafogar a capacidade de atendimento dos CAPS I.

Entretanto, o formato do ambulatório de saúde mental requerido hoje passa ao largo daquele utilizado na década de 1980, como alternativa ao asilamento, e que acabou sucumbindo à má qualidade - as consultas esparsas, a fila de espera, a indução às internações psiquiátricas e à dependência farmacológica (Silva Filho, 2000). Torna-se crucial, neste momento, refletir sobre as lições deixadas por aquele modelo. Os ambulatórios hoje visam a não somente liberar os recursos humanos e materiais do CAPS I para a ação intensiva que os usuários mais graves requerem, mas, objetivam, também, oferecer atendimento adequado aos diversos transtornos, que, se não assistidos, podem evoluir para casos mais graves com implicações nos mais diferentes segmentos da vida social.

Outra possibilidade que tem sido utilizada por municípios que vivem a situação de oferecer atendimento ambulatorial e não, propriamente, de ter o ambulatório de saúde mental, é o estabelecimento de CAPS em consórcio⁷⁴ com municípios vizinhos, na tentativa de melhorar a qualidade da assistência em saúde mental. Os CAPS consorciados são alternativa para municípios que não tem condições de estruturarem, isoladamente, um serviço no formato de CAPS I e sem maiores recursos financeiros do governo federal. Trata-se de uma iniciativa recente e restrita a um pequeno número de municípios (TAB.2) – envolve negociação de regras entre os municípios como, por exemplo, local de instalação da sede, a forma de seleção dos recursos humanos, o formato de organização da assistência prestado, o que requer que o Estado, através da Assessoria de Saúde Mental, assumam a mediação de tais regras, senão corre-se o risco de que tal situação se encaminhe para tão somente uma disputa de verbas.

⁷⁴ Os consórcios foram possibilidades instituídas no artigo 10º da Lei Orgânica da Saúde, capítulo III – Da organização, da direção e da gestão - (Lei 8080/1990) para os municípios desenvolverem em conjunto as ações e serviços de saúde que lhes correspondam.

TABELA 2
O consórcio municipal na Saúde Mental no território fluminense: possibilidades da atenção em saúde

CAPS CONSORCIADOS POR REGIÃO/MUNICÍPIOS	Ocorrência	Ano	Tipo de CAPS
Baixada Ilha Grande	-		
Baixada Litorânea	-		
Centro Sul			
Levy Gasparian/ Paty do Alfares / Paraíba do Sul	1	2004	CAPS ad
Médio Paraíba			
Porto Real /Quatis	1	2006	CAPS I
Metropolitana I	-		0
Metropolitana II	-		0
Norte	-		0
Noroeste	3		
Italva/Cardoso	1	2004	CAPS I
Natividade/Varre Sai	1	2006	CAPS I
Porciúncula/Antonio Prado (MG)	1	2007	CAPS I
Serrana	1		
Santa M ^a Madalena/Trajano de Moraes	1	2007	CAPS I
Total	6		-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SESDEC (2008).

Nota-se um pequeno número destas iniciativas pelo Estado, mas elas vêm ocorrendo desde o ano de 2004 e não apenas para a modalidade de CAPS I. Os benefícios das mesmas é possibilitar uma assistência maior e melhor aos usuários graves e permitir também a aproximação de recursos humanos dos diversos municípios envolvidos, propiciando a troca de saberes e estimulando a partilha de experiências entre municípios próximos.

Quanto à implantação de outros serviços extra-hospitalares, atualmente existem no Estado 96 Serviços Residenciais Terapêuticos (TAB.3). O Ministério da Saúde define as residências terapêuticas que são casas localizadas no espaço urbano e que têm a função de responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtorno mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Embora sejam equipamentos de saúde, têm o objetivo de garantir, primeiramente, o direito à moradia e auxiliar o usuário no seu processo, muitas vezes difícil, de reintegração na comunidade (Brasil, 2005). Estes dispositivos, também conhecidos como lares abrigados, são prioritários para os municípios com história de institucionalização, o que não significa que em outros municípios, não necessitem desses recursos. A demanda existe para muitos casos e depende dos gestores locais a decisão de implementar esses e outros dispositivos (Capítulo III).

TABELA 3
A distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos pelos municípios do Estado no ano de 2008

Serviços Residenciais Terapêuticos em 2008	Ocorrência	Município	Nº por município
Centro Sul	22	Paracambi	21
		Engº Paulo de Frontin	1
Médio Paraíba	1	Barra Mansa	1
Metropolitana I	40	Belford Roxo	2
		Duque de Caxias	1
		Itaguaí	1
		Nilópolis	1
		Nova Iguaçu	3
		Queimados	2
		Rio de Janeiro	29
		Seropédica	1
Metropolitana II	2	Niterói	2
Norte	2	Macaé	2
Noroeste	5	Bom Jesus do Itabapoana	2
		Itaocara	1
		Itaperuna	1
		Sto Ant. de Pádua	1
Serrana	24	Carmo	24
Total	96		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SESDEC (2008).

A Região da Baixada Litorânea e da Baixada Ilha Grande não constam na tabela, pois não tinham nenhum dispositivo residencial terapêutico, até a elaboração.

Todas estas ações dependem de decisões políticas, nisto inclui-se a criação dos CAPS, a sua manutenção, bem como a criação de outros serviços no âmbito da saúde mental dependerá da agenda da gestão municipal. E, neste sentido, o compromisso do gestor (prefeito, secretário e coordenadores) para a materialização da política de saúde mental, atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica, é fundamental. Borges e Baptista (2008), ao analisarem os modelos assistenciais em saúde mental no Brasil, destacaram a importância da atuação da gestão dirigindo sua análise para o âmbito federal – a coordenação nacional de saúde mental. Entretanto, reconhecem que não adianta criar condições no âmbito federal para a modificação do modelo assistencial se isso não se estender ou não se concretizar no âmbito local.

Sendo assim, após sucinta descrição da atenção psicossocial no interior do Estado do Rio de Janeiro, é possível descrever e analisar as experiências de saúde mental nos dois CAPS

I dos municípios do interior do Estado, que apesar de situarem-se em regiões geográficas diferentes, têm realidades bastante semelhantes. Antes, contudo, descreveremos a seguir como foi a construção da pesquisa, desde seu embasamento teórico, até os dados que serão apresentados no capítulo III.

2.2. A construção da Pesquisa

Os municípios estudados se situam em regiões geográficas diferentes do território fluminense, mas próximas em termos de localização e de oferta de recursos. A escolha dos mesmos se deu em virtude de apresentarem realidades semelhantes: ambos têm CAPS I, número populacional residente no município em torno dos 20 mil habitantes. Entretanto, também apresentam particularidades interessantes no que tange à área da saúde: o CAPS de Itaocara foi um dos primeiros a ser implantado no interior – desde 1997, e diversas equipes já circularam por ele, sem nunca ter sido feito concurso público para o provimento de recursos humanos do serviço. A atual equipe, embora a maioria não tenha tido ingresso por meio de concurso público, já trabalha há mais de três anos no serviço, como poderá ser observado no capítulo III. Diferentemente do CAPS de Cantagalo, que implantado em 2003, passou por períodos de completo esvaziamento profissional por falta de investimento da gestão e, no final de 2006, realizou o concurso público para a saúde mental e a atenção básica (PSF e PACS). Outros dados relevantes sobre os municípios, na área da saúde, serão apresentados como item introdutório ao capítulo III, que trata da apresentação dos dados.

A pesquisa documental procedeu com o levantamento bibliográfico, que foi realizado ao longo da pesquisa por meio dos procedimentos como busca por documentos eletrônicos - as principais leis e portarias na área de saúde mental; em páginas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC) e em páginas especializadas na área de saúde pública e saúde mental de autores que debatem o tema; consulta a livros na área da saúde mental e reforma psiquiátrica; busca e seleção de reportagens sobre o tema, dentre outros.

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de julho e novembro de 2008 tendo sido precedida de conversa com os coordenadores municipais de saúde mental e dos CAPS I estudados. A coleta de dados teve como técnicas a observação, a observação participante, registros fotográficos das unidades, diário de campo e realização de entrevistas com profissionais de nível superior e coordenadores. Nas observações, foram buscados aspectos da rotina dos serviços que pudessem apontar a construção da Reforma Psiquiátrica e a superação

do modelo manicomial através da relação entre os diversos atores que circulam pelos CAPS estudados, a relação com os usuários, o relacionamento entre profissionais, a organização da rotina do serviço. Neste sentido, algumas reuniões e oficinas terapêuticas realizadas em ambos os serviços foram também objetos de observação para este estudo. A pesquisa foi, essencialmente, qualitativa, apesar de fornecer dados quantitativos através de tabelas e gráficos elaborados.

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com dezesseis profissionais de nível superior e coordenadores dos CAPS I de Cantagalo e de Itaocara, sendo oito profissionais entrevistados em cada serviço, de acordo com a disponibilidade dos mesmos e buscando abranger todas as profissões em cada CAPS. Apesar da equipe dos CAPS serem constituídas por profissionais de nível superior e médio, o direcionamento aos primeiros se deu em virtude da abordagem de aspectos teóricos da Reforma Psiquiátrica durante o roteiro de entrevista que um profissional de nível superior deve ter (ou deveria), mesmo antes de se inserir na atividade profissional⁷⁵.

Foi utilizado o mesmo roteiro de entrevistas para profissionais e coordenadores. Deste modo, entrevistamos 01 assistente social, 02 enfermeiras, 08 psicólogas, 02 psiquiatras, 02 terapeutas ocupacionais e 01 técnica de enfermagem⁷⁶. Dentre os entrevistados, dois eram coordenadores do CAPS e do Programa de Saúde Mental. Na pesquisa, buscamos manter o sigilo enquanto direito do profissional e para isso identificou-se os entrevistados por numeração das respectivas entrevistas entre 1 e 16, de acordo com a ordem de realização em ambos CAPS; posteriormente, foi criado um código de identificação para os mesmos (QUADRO3) para a apresentação de suas considerações utilizadas no decorrer do capítulo III.

As entrevistas foram feitas, inicialmente, no CAPS de Cantagalo por ser local de trabalho da pesquisadora e, posteriormente, no CAPS de Itaocara. As entrevistas foram realizadas em uma ou mais seções de conversas de aproximadamente 50 minutos de duração, variando conforme a disponibilidade do profissional. Foram 8 os profissionais entrevistados em cada unidade de pesquisa, abrangendo todas as categorias profissionais. Sendo assim, apresentamos as entrevistas realizadas em cada unidade no QUADRO 3.

⁷⁵No CAPS de Cantagalo, entrevistamos um profissional de nível médio na área de Enfermagem, pois este profissional respondia pela Coordenação Municipal de Saúde Mental e pela Coordenação do CAPS.

⁷⁶No CAPS de Itaocara, não entrevistamos médicos neurologistas, pois sua especificidade/especialidade diverge dos médicos com formação em saúde mental. Não entrevistamos um dos psiquiatras devido a imprevistos surgidos nos diversos dias agendados. E enfermeiro, pois não há profissional desta categoria que trabalhe no CAPS. Nas demais categorias, foram entrevistados todos os profissionais. No CAPS de Cantagalo, foram todos entrevistados, com exceção da assistente social, que é autora da pesquisa.

QUADRO 3

Identificação profissional: profissão e unidade de entrevista

Entrevista	Profissão	Identificação	Unidade
1	Enfermeira	Enfermeira nº1 - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
2	Psicóloga Terapeuta	Psicóloga nº 1 - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
3	Ocupacional	Terapeuta Ocupacional - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
4	Psicóloga	Psicóloga nº2 - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
5	Enfermeira Técnica de	Enfermeira nº2 - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
6	Enfermagem	Téc. de Enfermagem - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
9	Psicóloga	Psicóloga nº3 - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
12	Psiquiatra	Psiquiatra - CAPS Cantagalo	CAPS Cantagalo
7	Psicóloga	Psicóloga nº1 - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
8	Psicóloga Assistente	Psicóloga nº2 - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
10	Social	Assistente Social - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
11	Psicóloga	Psicóloga nº3 - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
13	Psicóloga	Psicóloga nº4 - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
14	Psicóloga Terapeuta	Psicóloga nº5 - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
15	Ocupacional	Terapeuta Ocupacional - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara
16	Psiquiatra	Psiquiatra - CAPS Itaocara	CAPS Itaocara

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo.

A disposição dos números acima permite-nos observar uma interseção entre profissionais entrevistados em ambos os CAPS, e isso se deu em virtude da dificuldade para iniciar a entrevista, e também concluir, com os dois últimos profissionais em Cantagalo, visto que têm carga horária menor que os demais da equipe. E outras dificuldades encontradas, em ambos os serviços, para realização das entrevistas, foram os agendamentos não cumpridos por parte de alguns profissionais; a inadequação do local proposto por alguns profissionais; as interrupções, às vezes desnecessária, de alguns profissionais para resolver questões administrativas que talvez não fossem tão urgentes; a necessidade de realização de algumas entrevistas na residência dos profissionais, algumas por completo, outras em parte, uma vez que outros meios já haviam sido tentados; a realização de entrevistas fora do expediente de trabalho dos profissionais; e em outros setores de trabalho; e ainda o intervalo entre o início e a finalização de algumas entrevistas, em alguns casos de 2 meses.

Essas dificuldades se colocaram em 7 das 16 entrevistas realizadas, ou seja, em 43,75% das entrevistas, e nos alertam para a necessidade de valorização da pesquisa e da educação permanente na rotina dos serviços e sobre essas rotinas, por parte da gestão e dos

profissionais. Neste sentido, recorremos a Nicácio (2006) que argumenta que os profissionais inseridos na prática encontram-se, em geral, privados dos meios que os permitiriam avançar na reflexão em torno da sua prática, pela falta de investimento em políticas de formação permanente dos profissionais, da maior parte dos governos, e, pela sobrecarga de trabalho, sem tempo disponível para a teorização de sua prática (Ibidem).

As perguntas eram, em sua maioria abertas, e as poucas perguntas fechadas que constavam no roteiro eram sucedidas de subperguntas para justificar a resposta dada. Deste modo, o roteiro de entrevistas (Anexo I) estava dividido conforme a descrição que segue. A primeira parte: Identificação - que objetivou colher informações como profissão, ano de formação, cursos de formação complementar, tempo de atuação na saúde mental, o motivo pelo qual escolheu tal área para atuar, contato anterior com a área ou com campo da reforma, se reside no município onde trabalha, forma de admissão no serviço, tipo de vínculo empregatício, dias que trabalha no serviço, número de turnos e carga horária semanal. Tais perguntas visavam a identificação da aproximação do profissional com a área e seu embasamento para inferir sobre as ações de saúde mental, tendo em vista que atuam, diariamente, com pessoas que, por algum motivo, não conseguem lidar com os sofrimentos e frustrações do dia-a-dia, e que por isso necessitam de auxílio profissional para fazê-lo.

A segunda parte abordava a Política de Saúde Mental (PSM) nos municípios estudados. Iniciamos com perguntas gerais relacionadas ao tema estudado, direcionando-nos para aspectos da rotina. Deste modo, buscamos conhecer a concepção dos entrevistados sobre: a Reforma Psiquiátrica brasileira; a cidadania; a saúde mental no município; a identificação dos elementos que facilitariam a implementação da política de saúde mental no município; as dificuldades ou aspectos negativos enfrentados na materialização da política; a influência da política de saúde na saúde mental; os atores e a forma como influenciam/interferem na PSM e na organização do CAPS. Abordamos, ainda, a relação do CAPS com os governos, os aspectos delimitados pela legislação em saúde mental como obrigação dos municípios na PSM, a relação entre a RP e cidadania no dia-a-dia do município, os elementos positivos e os negativos na PSM e forma como os gestores municipais se posicionavam frente a esta situação.

A terceira parte de perguntas - A intersetorialidade entre as políticas sociais - buscou identificar através de que ações a saúde mental se relacionava com as outras políticas sociais existentes no município, a construção de práticas intersetoriais que visassem ao cuidado integral em saúde, observando os princípios do SUS, a proposta de humanização do cuidado e as propostas da Reforma Psiquiátrica. O acesso dos usuários aos serviços e o trabalho dos

profissionais de saúde mental, também foi abordado. Sendo assim, trabalhamos com perguntas que abordavam a relação dentro da própria política de saúde, isto é, do CAPS I com os demais setores da saúde: PSF, Hospital Geral, Serviços Especializados de Saúde; as políticas com maior articulação com a saúde mental e os instrumentos utilizados para isso; as demandas encaminhadas à saúde mental e o tratamento dado; a existência de reuniões com esses setores, o que se discutia nas mesmas.

A quarta parte do roteiro abordava a estrutura do serviço de modo a identificar/avaliar o tipo de o investimento da gestão municipal – prefeitos, secretário e coordenação – na Saúde Mental. Deste modo, as perguntas abordavam aspectos da implantação dos CAPS: critérios observados, os atores participantes do processo, a forma de financiamento, a estrutura física, material e humana do serviço. E ainda, a relação desta organização/estrutura com o atendimento das demandas de saúde mental; as atividades desenvolvidas, a existência de outro serviço de saúde mental e a articulação do CAPS I com a rede municipal.

Na quinta parte, foram abordadas formas de encaminhamento e de acesso dos usuários à rede municipal de serviços; e a avaliação sobre a implementação da política de saúde mental no município quanto à garantia de direitos e à integração com outras políticas.

Os dados coletados foram divididos em itens para análise que correspondem a subcapítulos do capítulo III. Para cada categoria de análise elaborada foi feito um procedimento exaustivo de leitura e releitura dos dados coletados em cada resposta dos profissionais às interrogações propostas. Os itens de análise estão assim divididos: 1. Identificação profissional e proximidade com o debate da saúde mental; 2. A saúde mental nos municípios: o debate e a prática na percepção dos profissionais; 3. A integralidade e a intersetorialidade: as dimensões da política pública na rotina dos serviços; 4. A integralidade e a intersetorialidade: a materialização das políticas sociais na rotina dos CAPS I; 4. Os atores na política de saúde mental nos municípios; 5. Aspectos da descentralização na saúde mental; 6. A implementação da política de saúde mental nos municípios: entre a reforma e a cidadania.

2.3. Dificuldades do estudo – Limites da pesquisa

A pesquisa teve algumas dificuldades já apontadas como assegurar espaço pelos profissionais na sua rotina de trabalho dentro do CAPS I para a realização da entrevista, assim como o ambiente adequado para a mesma, bem como para outras atividades como estudos em geral que não fossem o atendimento aos usuários e familiares do serviço. Outras dificuldades

ou limitações também foram identificadas e dentre estas podem ser citadas o fato de ter abordado apenas profissionais de nível superior e coordenadores, e não ter sido pensado instrumento para trabalhar com os profissionais de nível médio como monitores, auxiliares de enfermagem, e pessoal de apoio que são os que passam a maior parte do tempo com os usuários, visto que trabalham com dedicação integral ao serviço.

Estes profissionais, em geral, não têm preparo prévio para trabalhar na saúde mental e dependem da equipe de nível superior dar um suporte aos mesmos em explicar o porquê agir de uma determinada forma, o porquê a singularidade do cuidado tem que ser um esforço empreendido diariamente. E quando acontece algo, como no CAPS de Cantagalo, tanto a equipe de nível superior, quanto a equipe de nível médio e fundamental terem pouca experiência de trabalho na área, a necessidade de uma supervisão externa coloca-se como questão a ser reclamada pelos mesmos.

Esta reivindicação trouxe um sentido diferenciado ao trabalho, pois todos da equipe concordavam com a necessidade de supervisão, mas a maioria dos profissionais não foi apoiada por aqueles que ocupavam lugar de decisão no cenário municipal – profissionais que estavam na coordenação de saúde mental e outros que já tinham experiência anterior na área.

Para a pesquisa, esse cenário trouxe como consequência, e não como limitação, o fato de que na época de realização da mesma entre o período de julho de 2008 a novembro de 2008, os profissionais encontravam muito atentos às consequências daquele período que acentuou a descrença, já existente, quanto ao trabalho da coordenação de saúde mental e do gestor de saúde. Uma outra consequência observada foi o desestímulo dos profissionais perante as barreiras impostas, pela inexistência de negociação, permeado, em alguns momentos, por posturas antidemocráticas por parte da gestão – dentre os exemplos disso foi a carta de advertência dada a dois profissionais da equipe que foram entendidos como os incitadores de um clima de animosidade e de contestação que se instalou naquela época. Isto, provavelmente, contribuiu para uma maior atenção aos problemas vivenciados pela saúde mental no município e a uma análise mais contundente dos mesmos.

Uma outra limitação foi o fato de não ter conseguido assegurar mais momentos de observação de campo no CAPS de Cantagalo, pelo fato de ser pesquisadora e também por fazer parte da equipe. Uma outra questão que precisou ser elaborada com grande frequência foi a proximidade ambas com as equipes, pois a todo o momento, durante a entrevista, os entrevistados se dirigiam ao entrevistador indagando se haviam respondido o que fora perguntado, se a resposta estava coerente, ou se era aquilo o esperado.

E por último, a não obediência aos prazos estipulados no cronograma de pesquisa acabou prolongando a conclusão do estudo, dispondo de tempo, relativamente, pequeno para as demais etapas como finalização e defesa da dissertação.

Estamos certos de que não podemos dar conta da realidade social, e neste sentido, a análise e a interpretação dos dados que serão apresentados a seguir resultam de uma interação do pesquisador, seu objeto de pesquisa e os profissionais de saúde mental entrevistados. Reconhecemos que o tema levantado neste estudo precisa ser aprofundado em muitos aspectos, mas também cremos na sua contribuição como forma de conhecer, pensar e transformar a saúde mental nos municípios estudados, e também nos demais municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro.

Assim sendo, o capítulo que segue centrar-se-á na apresentação sobre a atenção psicossocial nos municípios estudados e a sua interlocução com outros serviços de políticas sociais na tentativa de elucidar a forma como a intersectorialidade e a integralidade do cuidado vêm se delineando nos municípios de Cantagalo e Itaocara.

CAPÍTULO III - A SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE CANTAGALO E ITAOCARA: OS CAPS I

Andar ritmado, fala de modo alongado, olhares ao horizonte, às vezes aparentemente vagos... Dedos enrijecidos. Assim se apresentam muitos usuários de saúde mental em uma das unidades pesquisadas. Outros usuários aguardam consulta médica na recepção. O profissional chega cumprimentando a todos. As pessoas se posicionam nos bancos para a consulta; se agrupam, quando antes se encontravam todas dispersas, conversando. Olhares cativos se dirigem a ele. A recepcionista inicia chamando o número 1. Após entrarem os primeiros – uma senhora e um jovem, a funcionária pergunta: “Quem é o número 2?” E em pouco tempo saem e entram pessoas no consultório – aproximadamente 2 ou 3 minutos para cada uma. A funcionária novamente pergunta: E o número 3 e 4? E assim sucessivamente (Diário de Campo, 06/11/2008).

O relato acima representa alguns temas que serão abordados, neste capítulo, que trata da saúde mental nos municípios de Cantagalo e Itaocara, a partir do estudo realizados nos CAPS I e da percepção dos profissionais de saúde mental entrevistados. Tal estudo partiu de indagações de como tem sido implementada a política de saúde mental no interior do Estado do Rio de Janeiro. O capítulo está estruturado em subcapítulos que retratam a análise dos dados da pesquisa.

Ambos os municípios estão situados no interior fluminense, um na Região Serrana e outro na Região Noroeste, respectivamente Cantagalo e Itaocara, e fazem divisa entre ambas as regiões. Como já sinalizado, anteriormente, ao tratarmos dos motivos da escolha dos CAPS dos referidos municípios, ambos tem em torno dos 20 mil habitantes - em Cantagalo 19.774 hab. e em Itaocara 22.068 hab. - (IBGE, 2007); tem CAPS I credenciados no Ministério da Saúde e a municipalização dos serviços é adotada como orientação da Constituição Federal Brasileira de 1988. Entretanto, os municípios têm particularidades interessantes como, por exemplo, em Cantagalo, apesar do CAPS I ter aproximadamente entre 6 e 7 anos de funcionamento, foi feito concurso público para a seleção dos recursos humanos do serviço em 2006. Já em Itaocara, o CAPS tem aproximadamente 10 anos de funcionamento e a maioria da equipe é contratada. Outras particularidades também se fazem importantes e serão enumeradas a seguir.

O município de Cantagalo, composto pela sede e mais quatro distritos⁷⁷, disponibiliza, na área da atenção básica, 08 unidades de Programa de Saúde da Família⁷⁸: 04 na sede – PSF São José, PSF Santo Antonio, PSF João Nicolau Guzzo e PSF Djalma Dantas Gusmão - e 04 nos demais distritos – PSF de Euclidelândia, PSF de Boa Sorte, PSF de Floresta e PSF São Sebastião do Paraíba. Portanto, tem 100% de seu território municipal com cobertura na área da atenção básica⁷⁹. Cada unidade é composta por equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); pela equipe básica da saúde da família - médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem; por equipe de saúde bucal – odontólogo e auxiliar de consultório dentário (ACD); e além disso é composta de nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas em regime de plantão, ou seja, são responsáveis por mais de uma unidade. Na atenção secundária, o município oferece a Policlínica (Posto de Atendimento Médico – PAM) com atendimento em diversas especialidades médicas, com inserção recente da Psiquiatria e Psicologia e na secretaria de saúde atendimento nas áreas de Serviço Social, Enfermagem, Núcleo de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Laboratório Municipal e o Programa de Saúde Mental, com a disponibilidade do CAPS I. A atenção hospitalar e na área das urgências médicas é feita pelo Hospital Geral de Cantagalo, instituição privada conveniada à Secretaria Municipal de Saúde.

O município de Itaocara, composto pela sede e por mais cinco distritos⁸⁰, disponibiliza, na área da atenção básica, 04 unidades de Saúde da Família: PSF de Jaguarembé, PSF de Portela, PSF de Laranjais, PSF de Estrada Nova. Na atenção secundária, o município disponibiliza o Centro de Saúde com atendimentos em diversas especialidades médicas, nas áreas de nutrição, psicologia, serviço social, odontologia; nele também funciona a sede da Secretaria Municipal de Saúde. Ainda na atenção secundária, o município tem o

⁷⁷ A sede que leva o nome do município – Cantagalo, Santa Rita da Floresta, Euclidelândia, Boa Sorte e São Sebastião do Paraíba.

⁷⁸ Dentre as unidades da sede, duas levam nomes dos Bairros – São José e Santo Antônio; outras duas homenageiam figuras importantes do cenário municipal. As outras são referentes a cada distrito e todas elas têm subunidades do PSF devido à extensão territorial dos distritos nas áreas rurais mais afastadas da sede dos distritos.

⁷⁹ Segundo orientação da Portaria 648/2006 que institui a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o número máximo de Equipes de Saúde da Família (ESF) pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400. Neste sentido, o município de Cantagalo disponibiliza de 100% de cobertura na atenção básica, pois por meio da fórmula citada o número ESF é igual a 8. Em Itaocara, por meio de tal cálculo, o número de ESF deve ser igual a 9, entretanto não o é.

⁸⁰ A sede, que leva o nome do município – Itaocara e os distritos de Jaguarembé, Portela, Batatal, Laranjais e Estrada Nova.

Programa de Saúde Mental com o CAPS I e a Residência Terapêutica. Na atenção hospitalar e no atendimento às urgências médicas, o município tem o Hospital Geral⁸¹.

Neste sentido, após delinear, brevemente, a organização da política municipal de saúde em ambos os municípios, trataremos da implementação da política de saúde mental a partir da percepção dos profissionais entrevistados sobre a experiência dos CAPS I, tendo em vista a proposta de cidadania trazida pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica para a área. Como já foi sinalizado, este capítulo está dividido em subcapítulos que se referem aos itens de análise dos dados coletados (Ver capítulo II).

3.1. Identificação profissional e proximidade com o debate da saúde mental

Pelas entrevistas realizadas observamos que em ambos os serviços predominam os profissionais da área de Psicologia (QUADRO 3) e isto se acentua no CAPS de Itaocara (GRÁFICO 1). Na pesquisa em Cantagalo, 37,5% eram psicólogos e em Itaocara 62,5% dos entrevistados. Embora reconheçamos a importância e contribuição da profissão na área da saúde mental - especialmente da corrente da Psicanálise na compreensão do sofrimento psíquico - isso aponta para a característica ambulatorial que o CAPS I vem assumindo em muitos municípios no Estado do Rio de Janeiro, visto que esses profissionais são impelidos a assumir a demanda ambulatorial em psicologia, por em geral o município disponibilizar apenas o CAPS I como dispositivo de atendimento em saúde mental.

A Portaria nº336/2002 que organiza o funcionamento dos CAPS, orienta que

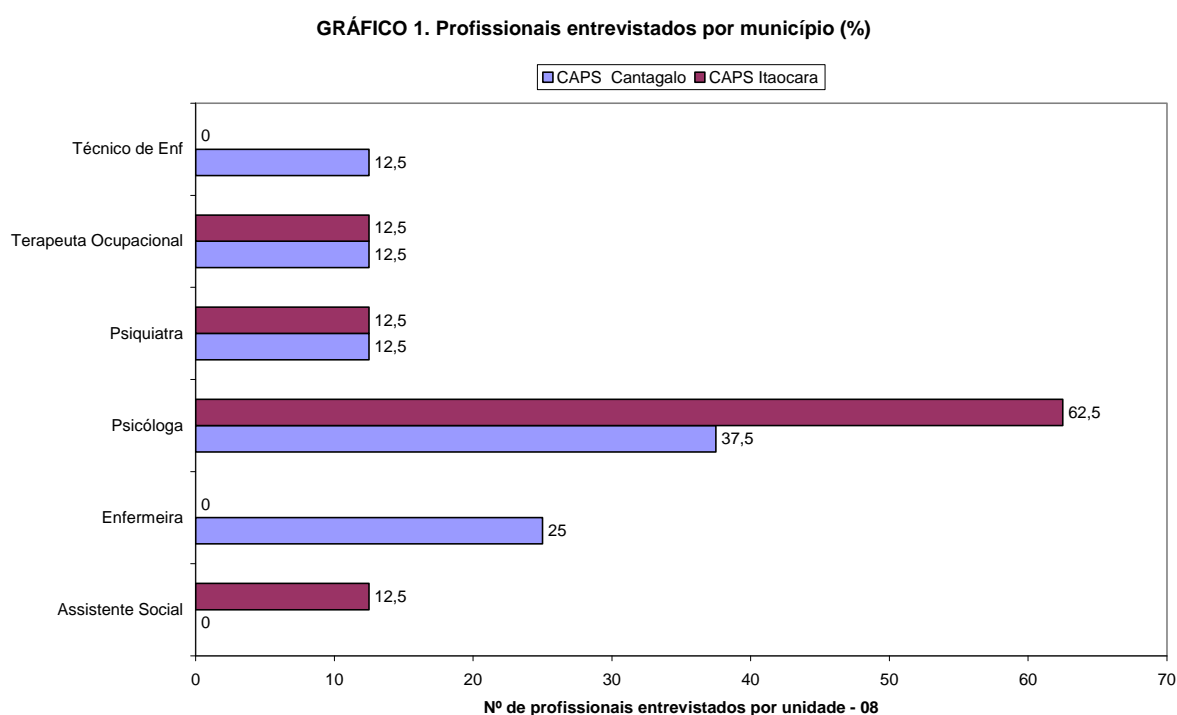
...a equipe mínima para atuação em CAPS I, será composta de 5 profissionais de nível superior, entre estes 1 (um) médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior entre as categorias profissionais de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Tal equipe visa ao atendimento de no máximo 30 pacientes/dia em regime de atendimento intensivo, ou 20 pacientes por turno (Ibidem).

Percebemos, durante a coleta de dados, que a composição da equipe estava além do mínimo exigido pela portaria citada, mas precisamos considerar, como veremos adiante, que

⁸¹ Tratava-se de instituição filantrópica que está em processo de municipalização. O hospital geral também presta serviço ambulatorial médico.

funcionam num mesmo serviço dois dispositivos de atendimento em saúde mental: o CAPS I e o Ambulatório de Saúde Mental. O CAPS de Cantagalo tinha 8 profissionais de nível superior e 8 de nível médio e fundamental, dentro das categorias citadas na portaria. No CAPS de Itaocara, 11 profissionais de nível superior e 13 de nível médio. Na equipe de nível superior, além de dois psiquiatras, tinham também dois neurologistas que trabalhavam nas dependências do CAPS.

O GRÁFICO 1 ilustra a composição dos profissionais entrevistados:



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Na equipe de Cantagalo, a forma de admissão ao serviço que predominou foi o concurso público e em Itaocara, o contrato temporário (TAB. 4).

TABELA 4
A forma de admissão ao serviço público nas unidades entrevistadas

Forma de admissão ao serviço	CAPS de Cantagalo		CAPS de Itaocara	
	nº	%	nº	%
Concurso público	7	87,5	2	25
Contrato	1	12,5	6	75
Total	8	100	8	100

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

O tipo de vínculo empregatício (TAB. 4.1) dos profissionais difere entre duas formas de concurso público adotada no CAPS de Cantagalo. A exceção é o profissional de psiquiatria que é contratado (1 = 12,5%), embora tenha existido vaga no concurso público de 2006, e o aprovado desistiu do cargo, não havendo outros candidados. No CAPS de Itaocara, a forma de admissão predominante é o contrato temporário 6 (75%) e, dentre os concursados 2 são estatutários (25%).

TABELA 4.1
Vínculo empregatício dos profissionais entrevistados por município

<i>Tipo de vínculo empregatício</i>	<i>CAPS de Cantagalo</i>		<i>CAPS de Itaocara</i>	
	nº	%	nº	%
Concurso estatutário	2	25	2	25
Concurso celetista ⁸²	5	62,5	0	0
Contrato temporário	1	12,5	6	75
Total	8	100	8	100

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Alguns profissionais contratados em Itaocara trabalham na unidade há mais de 2 anos. Tal fato parece ter sido facilitado pela permanência do mesmo grupo político que se encontra no poder faz 8 anos e a sua continuidade, através da última eleição municipal, em outubro de 2008. O último concurso público, realizado no município, foi no ano de 2001, e na sua prorrogação não foram admitidos profissionais que tivessem sido lotados na saúde mental.

O tempo de permanência prolongado no mesmo serviço pode favorecer à continuidade do trabalho, mas a questão do contrato temporário também é meio de favorecimento político. Além disso, a precariedade do vínculo coíbe e/ou inibe a problematização sobre a implementação da política de saúde mental e o direcionamento do serviço, uma vez que seu vínculo com a instituição é precário e, muitas vezes, há o comprometimento pessoal com grupos político-eleitorais do município em sua inserção na unidade. Portanto, mesmo que discorde ou perceba incoerências entre a condução da saúde mental no município e o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, não é vantajoso ao profissional tornar pública as suas percepções, tendo em vista o risco de demissão.

⁸² Concurso realizado em dezembro de 2006, baseado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que confere direitos diferenciados para os profissionais contratados sob este regime, como Fundo de Garantia por tempo de serviço (FGTS), mas impede-lhes de acessar outros como: o direito à licença por tempo de serviço; o direito a licença para estudo; as gratificações incorporadas como triênio ou quinquênio.

Em Cantagalo, o número de entrevistados que residem no município e os que não residem é igual (4 = 50%); em Itaocara, 6 entrevistados (75%) residem no município e 2 não residem (25%). Residir no município facilita o trabalho em rede e a otimização dos recursos locais, pois os profissionais estão mais próximos da comunidade e dos demais serviços que o município disponibiliza, conhecendo suas possibilidades bem como as suas carências. Mas isto também pode trazer entraves para a intersectorialidade e algumas dificuldades foram apontadas pelos profissionais, como podemos observar na sua abordagem sobre o tema:

...a dificuldade é que quase todos somos de fora e isso é bom “pra” gente que vem e trabalha dias seguidos, mas para o serviço isso não é bom. O bom seria se pudéssemos espaçar os dias para a gente não perder as informações do que ocorre no CAPS durante a semana.... Muitas informações não são socializadas (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

...Os profissionais, a maioria não é do município e isso dificulta, quebra... Isso dificulta, pois sobrecarrega alguns (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

...Não estou inserido na comunidade... Eu atendo e vou embora (Psiquiatra - CAPS Itaocara).

Por outro lado, antigas divergências entre profissionais da rede municipal e tentativas frustradas de articulação provocaram, em muitos casos, desestímulo em buscar novas parcerias com estes mesmos serviços, suscitando posições observadas em reuniões de equipe, como:

A gente pode tentar, mas a gente já conhece como funciona, e sabe que não funciona (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Eu tenho muito tempo de trabalho na rede pública municipal e sei que isso não vai acontecer (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

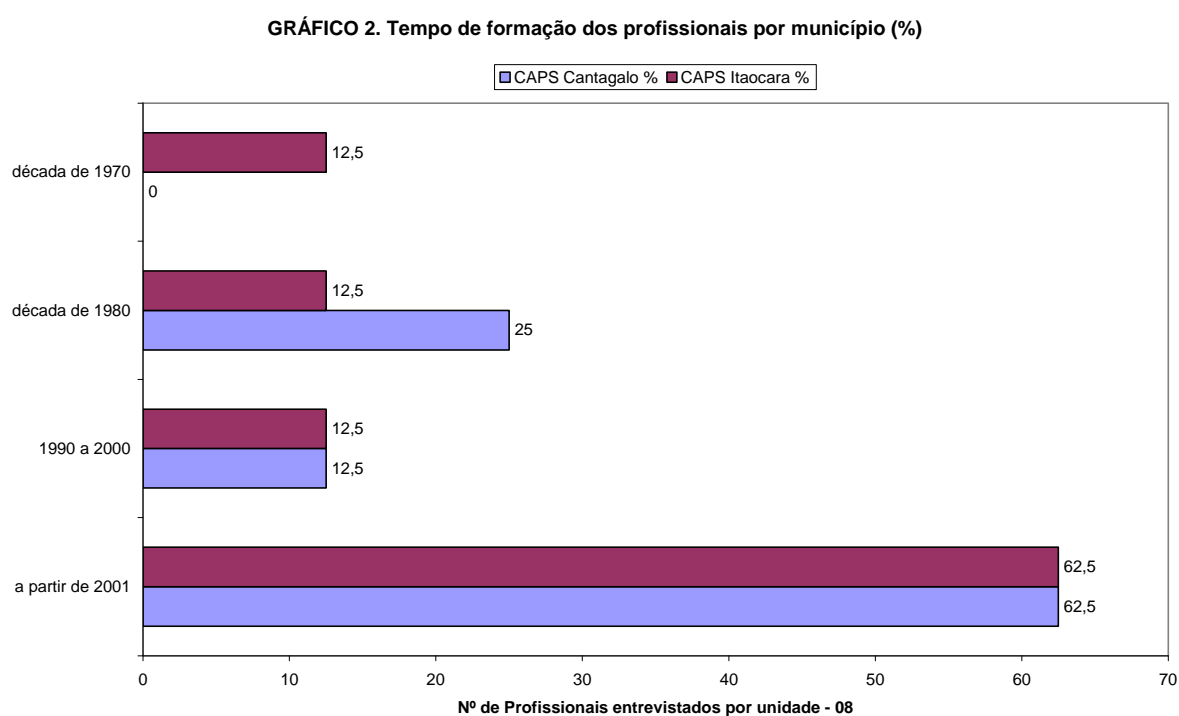
Eu conheço o gestor, e sei quais são as prioridades dele (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Em situações nas quais a conjuntura da política pública não é estimulante ao trabalho dos profissionais, estas posturas podem acarretar os obstáculos na luta pela implementação de políticas condizentes com às proposições da Reforma Psiquiátrica.

A formação dos profissionais é recente, se tomarmos como orientação o surgimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos anos de 1970⁸³. Assim, temos 1

⁸³ O final da década de 1970 e a década de 1980 foram decisivos para pensar a reorientação do modelo de atenção em saúde tendo em vista a instituição da Constituição Federal de 1988. Na sequência, na década de 1990

profissional (12,5%) formado em 1978; 3 na década de 1980 (37,5%). Na década de 1990, se formaram 2 profissionais entrevistados (25%) e, a partir de 2001, se formaram 10 entrevistados: 5 no CAPS de Cantagalo (62,5%) e 5 no CAPS de Itaocara (62,5%). As perspectivas desse Movimento (Capítulo I) foram regulamentadas no ano 2001 com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Vejamos no GRÁFICO 2 dados sobre o tempo de formação dos profissionais:



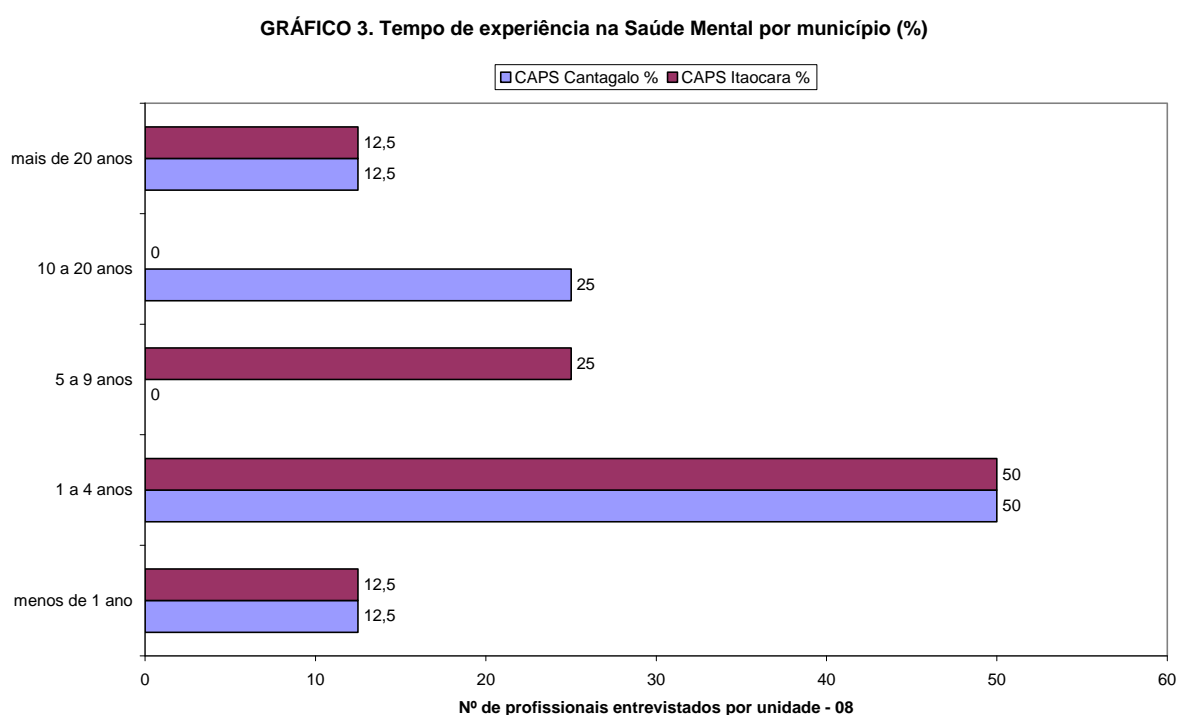
FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

A formação da maioria dos entrevistados se deu num contexto posterior às leis mencionadas, especificamente a de nº 10.216, que é um instrumento de defesa dos direitos do dito louco, perspectiva nunca antes assumida, conforme já abordado no capítulo anterior. Essas gerações diferentes de formação dos entrevistados pôde se transformar num indicador de qualidade da atenção prestada pelos serviços, uma vez que reúne a experiência do processo de construção da saúde mental até o modelo atual e o entusiasmo da formação recentemente, nos quais os anseios por mudanças são maiores e os vícios e dificuldades enfrentadas na rotina dos serviços ainda têm um efeito menor. Mas pode também gerar conflitos e obstáculos para uma integração, se os profissionais não se dispuseram ao trabalho em equipe e ao

temos a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080 e 8142/1990) e as primeiras portarias redirecionando a atenção em saúde mental – Portaria 189/1991 e Portaria 224/1992, esta última foi substituída pela Portaria 336 de 2002.

entendimento dos limites e possibilidades que cada qual traz de sua experiência. Estes conflitos foram constantes na equipe de Cantagalo, como poderemos identificar na avaliação sobre os recursos humanos que veremos adiante.

O tempo de experiência na área da saúde mental da maioria dos profissionais entrevistados é menor que 5 anos de trabalho. Dentre os que têm mais de dez anos de experiência temos 3 profissionais CAPS de Cantagalo (37,5%) e 1 profissional em Itaocara (12,5%) (GRAF. 3).



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre estes com mais de 10 anos de experiência, alguns participaram, diretamente, na desativação do hospício que funcionava no município do Carmo⁸⁴, vizinho ao município de Cantagalo. Outros citaram o acompanhamento do processo e a importância disso na sua prática profissional em saúde mental.

⁸⁴ A desativação do Hospital Estadual Teixeira Brandão foi promovida pelo Ministério da Saúde e pela Assessoria Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, que supervisionou uma equipe formada por profissionais da região serrana e de outras partes do Estado para transformar o local e a assistência prestada aos usuários. Estes foram reinseridos em suas famílias ou em residências terapêuticas que foram construídas no espaço em que funcionava o hospício (Capítulo I).

Quando entrei lá (no Teixeira), os faxineiros aplicavam injeção nos internos, sem nenhum controle, a comida era estragada, os pavilhões cheiravam mal (Téc. de Enfermagem - CAPS Cantagalo).

Éramos chamados do plantão da desordem por aqueles que estavam no Teixeira, mas não eram a favor dos princípios da Reforma Psiquiátrica... Foi um choque para os funcionários mais antigos quando a nossa equipe do plantão entrava por aqueles pavilhões medonhos e buscava saber quem era o paciente do prontuário tal e leito número tal e os chamava pelo nome..., e buscava levantar, conhecer a sua história (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

O [...] que deu de fato para a gente entender a reforma foi [...] quando a gente acompanhou de perto o fechamento do Teixeira Brandão, que era a nossa referência e exemplo clássico do que era a saúde mental no âmbito público, como ela era tratada no país e na nossa região. Então quando a gente acompanha esse fechamento e, paralelamente, a proposta de montar o programa de saúde mental no município, a gente sabia que estava baseado nesses preceitos da reforma - uma coisa muito teórica, de acharmos lindo o que Foucault falava - mas era abstrato, literário [...]. A gente vê que essa opinião muda, se constrói a cada dia [...] que é um processo contínuo (Psicóloga nº 3 – CAPS Cantagalo).

Os profissionais com maior tempo de experiência são psiquiatras – maior que 20 anos. Os demais têm tempo de formação diferenciado. A TABELA 5 nos mostra dados sobre a experiência em saúde mental anterior à inserção nas unidades pesquisadas.

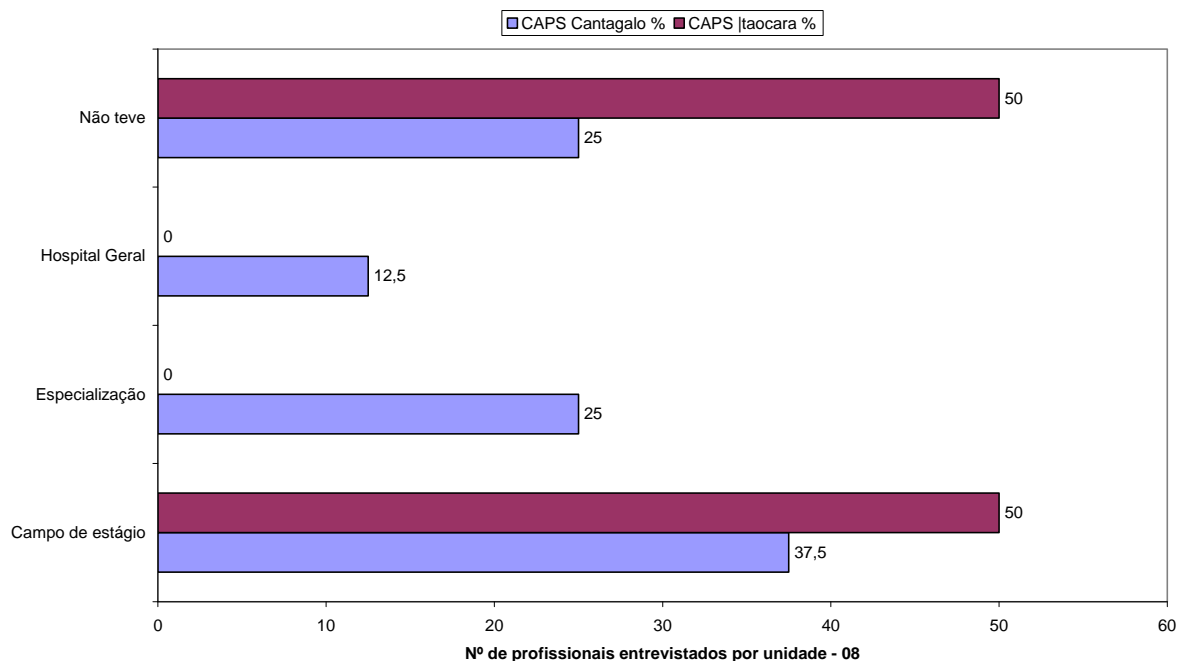
TABELA 5
Experiência em Saúde Mental anterior à admissão nos CAPS I estudados

<i>Sobre a existência de experiência anterior na Saúde Mental</i>	<i>CAPS de Cantagalo</i>		<i>CAPS de Itaocara</i>	
	nº	%	nº	%
Sim	6	75	4	50
Não	2	25	4	50
Total	8	100	8	100

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Tais experiências se deram em campos de estágio, na especialização e outros setores como ilustra o GRÁFICO 4:

GRÁFICO 4. Tipo de experiência anterior na Saúde Mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os entrevistados cuja experiência foi de estágio tivemos 7 profissionais: 3 no CAPS de Cantagalo (37,5%) e 4 no CAPS de Itaocara (50%). No CAPS de Cantagalo citaram o Hospital-Dia da UERJ e a Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro⁸⁵, e o outro não informou o local de estágio. No CAPS de Itaocara, 1 profissional citou o próprio CAPS, 2 citaram a Clínica Psiquiátrica Santa Lúcia⁸⁶. Outro citou estágio no Manicômio Judiciário de Niterói e no Hospital Philippe Pinel, no Rio de Janeiro.

As experiências de estágio predominantes são em instituições hospitalares, e muitas destas ainda não refletem o modelo de cuidado que a Reforma Psiquiátrica requer nos casos que há necessidade de internação. A internação psiquiátrica pode ser utilizada nos casos que já se esgotaram todos os outros recursos possíveis – tais como intensificação da frequência do usuário ao serviço, realização de visitas domiciliares e internação de emergência em leito de hospital geral, com assistência conjunta da equipe de saúde mental para que o usuário supere a crise sem precisar ir para uma instituição especializada. Por isso afirma-se que há uma

⁸⁵ O Hospital-Dia Ricardo Montalban está inserido na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ. Trata-se de uma instituição universitária do Estado do Rio de Janeiro e serve de unidade de formação para estudantes da referida universidade. O funcionamento do Hospital-Dia é semelhante à rotina dos CAPS, descrita conforme Portaria 336/2002. A segunda é um conjunto de serviços com CAPS e hospital psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro, referência na formação de recursos humanos para a saúde mental no Rio de Janeiro, recebendo alunos de diversas universidades públicas e privadas.

⁸⁶ Instituição de internação psiquiátrica privada situada no município de Nova Friburgo/RJ que é conveniada ao SUS. Atende usuários moradores da Região Serrana que necessitem de internação psiquiátrica.

tentativa de evitar internações psiquiátricas, mas quando estas são imprescindíveis, elas são utilizadas.

Além do caráter hospitalar, a passagem dos usuários por tais locais retrata um momento específico de seu sofrimento em que pela crise apresentam condições restritas de organização de si mesmo – o enfoque da atuação profissional é na criação de condições para que saiam da crise. Esses momentos, portanto, não refletem o dia-a-dia dos usuários de saúde mental, no qual o trabalho do profissional se direciona para propiciar condições de vida com dignidade, aumentar nível de criticidade sobre o direcionamento de sua própria vida, sobre suas escolhas, sobre seus direitos dentre outras questões.

Muitos dos que tiveram contato com instituições de internação no estágio ou por visitas consideraram-nas morredouros como ilustram os comentários que seguem:

O contato que eu tive no estágio, eu me lembro que o professor falava muito da questão dos pacientes serem presos, agredidos, desrespeitados, de estarem institucionalizados. Assim... é um problema para a sociedade, então, vamos institucionalizá-lo para que ele não cause problema, para que não fique uma imagem feia do que é a sociedade, de como ela se apresenta. (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Eu tive a oportunidade de conhecer dois sanatórios em Campos que são verdadeiros morredouros. O doente não era tratado como pessoa; era subumano. A gente tem história de usuários daqui que ficaram institucionalizados por 21 anos (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Os que tiveram contato, na especialização, lembraram de sua inserção no CAPS Infantil da UFRJ⁸⁷ e a residência em psiquiatria. O contato com a saúde mental no Hospital Geral citado fez referência ao atendimento de usuários em surto psiquiátrico, e o profissional considerou uma abordagem restrita em relação ao seu trabalho no CAPS, conforme o comentário abaixo:

Esse contato era mais na parte de medicamentos, de fazer os cuidados de enfermagem mesmo, nada além desses cuidados de enfermagem. Existe uma diferença muito grande entre as abordagens (Enfermeira, nº 2 – CAPS Cantagalo).

Dentre os que não tiveram experiência na Saúde mental – 6 profissionais: 2 no CAPS Cantagalo (25%) e 4 no CAPS Itaocara (50%); alguns consideravam que seu trabalho ainda era uma intervenção na doença mental.

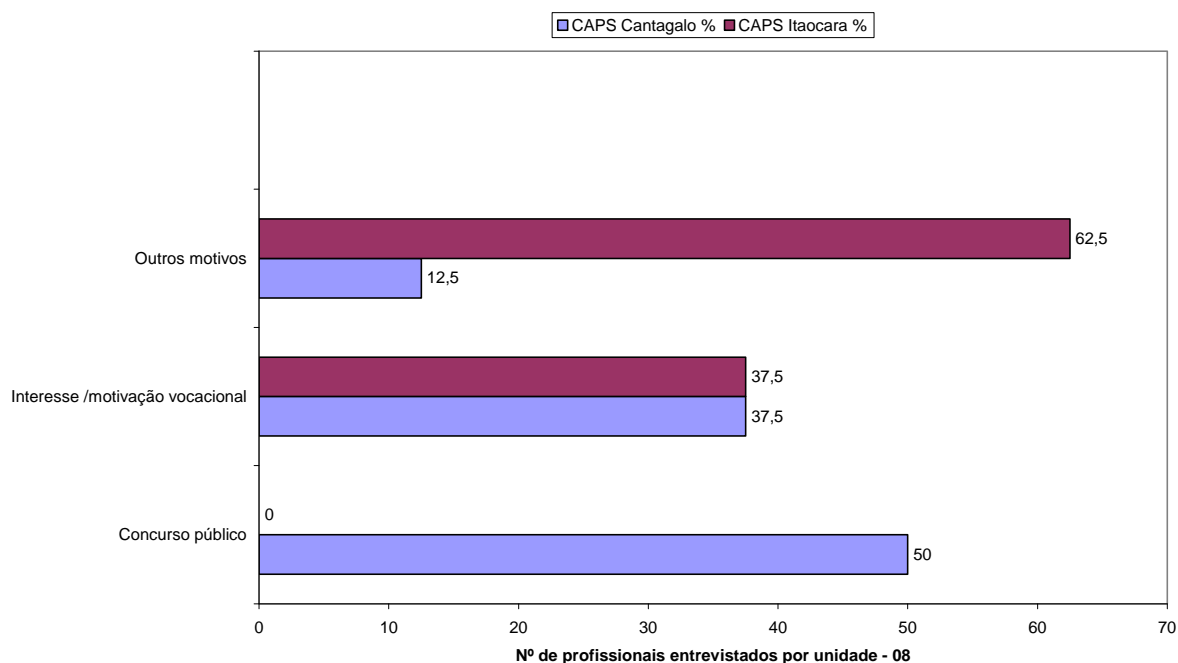
⁸⁷ Especialização em Saúde Mental da Infância e Adolescência no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Unidade de referência no tratamento a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico. O outro não citou o local da residência em psiquiatria.

Não tinha contato com a saúde mental, a reforma não tinha. O início do estágio foi muito ruim na Clínica Santa Lúcia. Eu me vi como paciente, por ter chegado atrasada, porque o local é muito longe, [...] achei horrível porque eu batia nas portas e ninguém abria “pra” mim... Os próprios pacientes me confundiram com eles porque realmente eu fiquei desorientada. Naquela época a Clínica não tinha nada da Reforma. Existiam alguns trabalhos, mas eu até especifiquei isso no meu relatório do curso que eu detestei ser paciente psiquiátrico, não com CID, nem diagnóstico, mas fui.. Eu me vi na situação deles de querer alguma coisa e ninguém me atender. A porta não foi aberta, nem para saberem se era eu (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Eu tinha contato com a doença mental. Trabalhei na direção do Hospital de Jurujuba, em Niterói, em 1975. Foi aí minha inserção no Movimento da Reforma Psiquiátrica. Era a verdadeira indústria da loucura. O modelo de atenção do Estado também era esse. Algumas instituições mais humanistas, mas todas asilares. Algumas eram comparadas a campos de concentração. (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

A motivação dos profissionais para trabalhar na saúde mental foi diversa. Dentre os motivos citaram a facilidade do concurso, o concurso no município, convite recebido, o interesse ou motivação vocacional, a intenção de ser funcionária do Estado e fatores de retaliação política. Em geral, a identificação e o interesse pela área não prevaleceram na escolha (GRÁFICO 5), pois a maioria, em ambos os CAPS, citou o concurso e outros motivos.

GRÁFICO 5. Motivação para trabalhar na área da Saúde Mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os entrevistados, 6 profissionais (1 no CAPS de Cantagalo e 5 no CAPS de Itaocara) citaram motivos diferenciados para a inserção na saúde mental como a preferência pela atuação, diretamente, com usuários, as retaliações políticas e o convite feito por chefias imediatas ou gestores municipais⁸⁸. Eles foram inseridos na categoria nomeada “outros motivos”, ilustrada pelos comentários abaixo:

Não foi bem escolha. Eu sempre gostei de trabalhar com psicologia clínica e a oportunidade do trabalho na Pestalozzi era para isso, atendimento ambulatorial das crianças da instituição e da comunidade e lá eu poderia fazer um trabalho clínico institucional (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Não houve escolha minha. Tudo ocorreu por motivos políticos. Após a eleição em 2000, o prefeito me chamou e disse que a Secretária de Assistência Social – primeira dama – queria trabalhar com uma outra Assistente Social, que fosse do lado deles. Eu era vinculada à SMAS (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Atuava num Posto de Saúde em outro município e me chamaram “pra” cá. Foi por meio de convite. Então fiz permuta. Foi por acaso, mas a prática me fez gostar (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Não houve escolha, houve a oportunidade e tinha uma vaga aqui no CAPS. Eu comecei com o contrato e depois teve o concurso de 2001, e então passei (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Na faculdade sempre gostei. A proposta de trabalho e a remuneração eram boas e o convite surgiu para eu trabalhar no CAPS quando estava recém-formada (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

O concurso público foi mencionado, mas apareceu apenas no CAPS de Cantagalo e se relaciona aos dados da TABELA 4 (87,5% dos entrevistados concursados em Cantagalo e 75% dos entrevistados com contrato temporário em Itaocara). Os que citaram o concurso fizeram as seguintes considerações sobre o tema:

Pela facilidade de conseguir passar no concurso, porque é bem menos concorrido que outras áreas, até porque muita gente não se identifica com isso... Não era a primeira escolha, nem prioridade, mas quando surgiu a oportunidade, eu não pensei duas vezes em estar indo assumir o cargo (Enfermeira nº 1 – CAPS Cantagalo).

Não foi bem escolha. Foi pelo concurso que era para essa área e aí me chamaram (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

⁸⁸ O convite pode ilustrar a ligação político-eleitoral dos profissionais com a gestão.

A primeira oportunidade foi o concurso, de ter sido aqui (no município) e por me identificar com algumas coisas na saúde mental, com o lidar com os usuários (Enfermeira nº 2 – CAPS Cantagalo).

Eu não escolhi, fui escolhida. A minha primeira experiência em saúde mental foi muito ruim, foi quando fiz o curso técnico em enfermagem e eu fui fazer estágio na Clínica Santa Lúcia e detestei; eu cheguei atrasada e me disseram que eu entrasse... Fiquei dentro do pavilhão, nos corredores, junto com os pacientes, eu batia na porta e a pessoa lá dentro só respondia que não estava na hora da medicação, eu tentava me identificar e ninguém me ouvia. Quando eu entrei para a saúde mental foi pelo concurso do Estado, minha intenção não era trabalhar na saúde mental, era ser funcionária do Estado, o único hospital que tinha mais próximo era o Teixeira Brandão e aí eu fui para trabalhar lá (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Dentre os que indicaram o concurso, apenas a Enfermeira nº2 mencionou identificação com a saúde mental, embora sua principal motivação não tenha sido a vocação para trabalhar na área. Já os que citaram o interesse e/ou motivação vocacional foram 6 entrevistados (3 em cada unidade) e seus comentários ilustram a sua identificação com o tema:

...A área da Saúde Mental, atualmente, [...] é um campo muito interessante, com muito potencial de trabalho, com muito questionamento, o questionamento das instituições, seja da instituição doença, da desigualdade social. Acho que é um campo muito fértil. Já pensei, por exemplo, em fazer prova para o judiciário, mas é um campo onde ainda se está muito preso aos atendimentos individuais relacionados aos processos e tal e não tem um movimento. Esse Movimento da Luta Antimanicomial é muito interessante, muito rico, eu acho que vai por aí... É uma possibilidade real de estar contribuindo na vida das pessoas, num serviço público que é minha escolha, trabalhar num serviço público por estar assistindo àqueles que em tese não podem pagar (Psicóloga nº 1 – CAPS Cantagalo).

Eu iniciei a especialização e tinha interesse pela saúde pública desde a Faculdade. Tinha a vontade de atuar em Hospitais Gerais e comecei a estudar SUS e as políticas de saúde, me interessei muito pelo tema e fiz especialização em Saúde Mental pelo enfoque que ela tem de ser voltada para o estudo das políticas públicas de Saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Pelas diretrizes e princípios (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Por uma imensa curiosidade pelo ser humano e a área já era conhecida para mim (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Desde a vida acadêmica eu me identifiquei mais com a área da Saúde mental, me chamava muito atenção a questão da loucura; foi onde que meio paradoxalmente eu fiz estágio na Clínica Santa Lúcia, que é um hospital psiquiátrico e ali eu comecei a me interessar, não pelo modelo de serviço de saúde mental existente ali, mas pela questão do transtorno mental, da loucura, eu até falo que é algo paradoxal você gostar da saúde mental dentro do hospício e de repente se deslocar para a questão da reforma psiquiátrica e o CAPS; esse foi mais o meu percurso e também eu escolhi a saúde mental

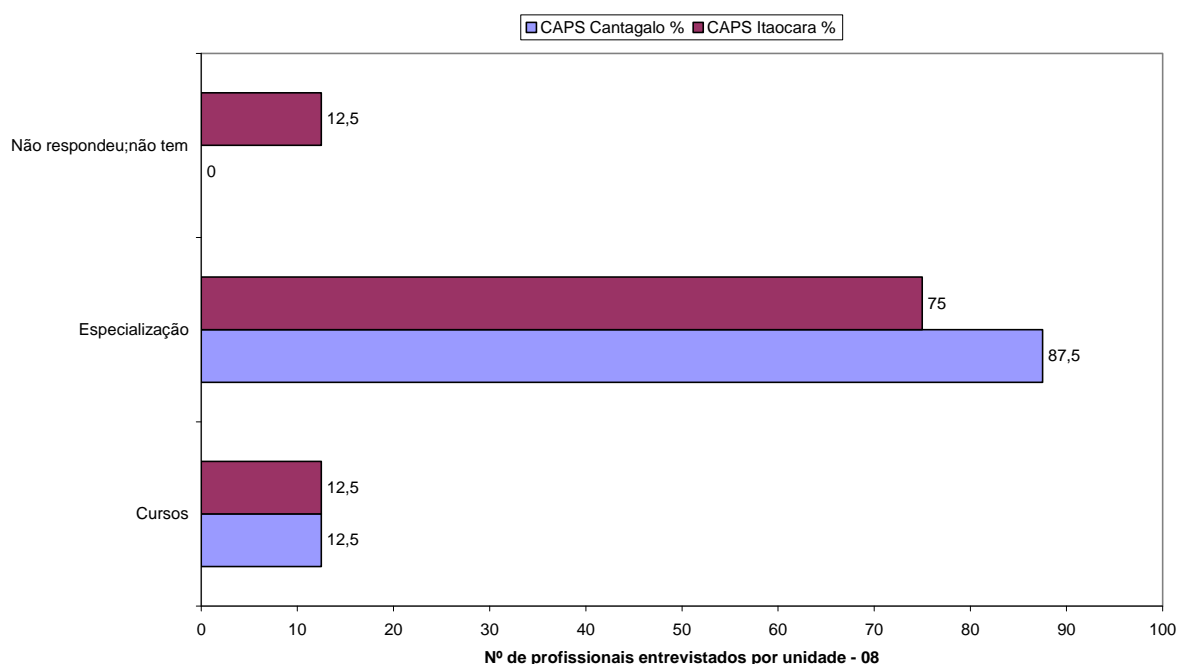
porque eu gosto da saúde pública; eu não gosto muito de psicologia clínica, até atuo, mas prefiro saúde pública (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Por indagações próprias e questionamentos; nossos próprios fantasmas (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Destacaram-se dentre os que indicaram a motivação vocacional, os profissionais na “área psi”, ou seja, psicólogos e psiquiatras. Dos que citaram o concurso público foram profissionais da área de enfermagem e terapia ocupacional.

Ainda em relação à formação profissional, observamos que a formação continuada tem sido privilegiada pelos entrevistados: a maioria fez cursos de Especialização ou outros tipos de cursos (GRAF.6). Ao analisarmos o GRAF. 6 e o GRAF. 2, constatamos que os profissionais investem na formação continuada, mesmo com formação recente. Entretanto, não ficou claro, nas entrevistas, se existe alguma forma de incentivo/facilitação da gestão municipal quanto à temática. Isto sugere que a busca por especialização ou outro tipo de formação continuada é iniciativa particular dos entrevistados. Mesmo assim, a formação de recursos humanos para a saúde mental é recomendação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da Política de Saúde Mental para os municípios e para a qual são destinados incentivos financeiros (Capítulo II). No GRÁFICO 6, temos um panorama da formação continuada dos entrevistados nos municípios estudados.

GRÁFICO 6. Cursos realizados por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Apenas um caso, no CAPS de Cantagalo, dentre os profissionais entrevistados, mencionou, durante a entrevista, o interesse da gestão municipal para que os profissionais pudessem ser capacitados para atuar no Programa de Saúde Mental. E fizeram os seguintes comentários sobre o tema:

O serviço [...] ficou um tempo parado e depois com a iniciativa de uma assistente social [...] que começou a ver no atendimento do serviço social da secretaria de saúde – aquele que você vai pedir o remédio, a receita, a pomada, o exame – uma demanda que tinha caso que não era só questões físicas [...]. Teve um governo municipal que nos foi muito facilitador, a gente teve um secretário de saúde – um biólogo – que nos dava total autonomia para a gente trabalhar e a gente conseguiu montar, aí sim começou oficialmente (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

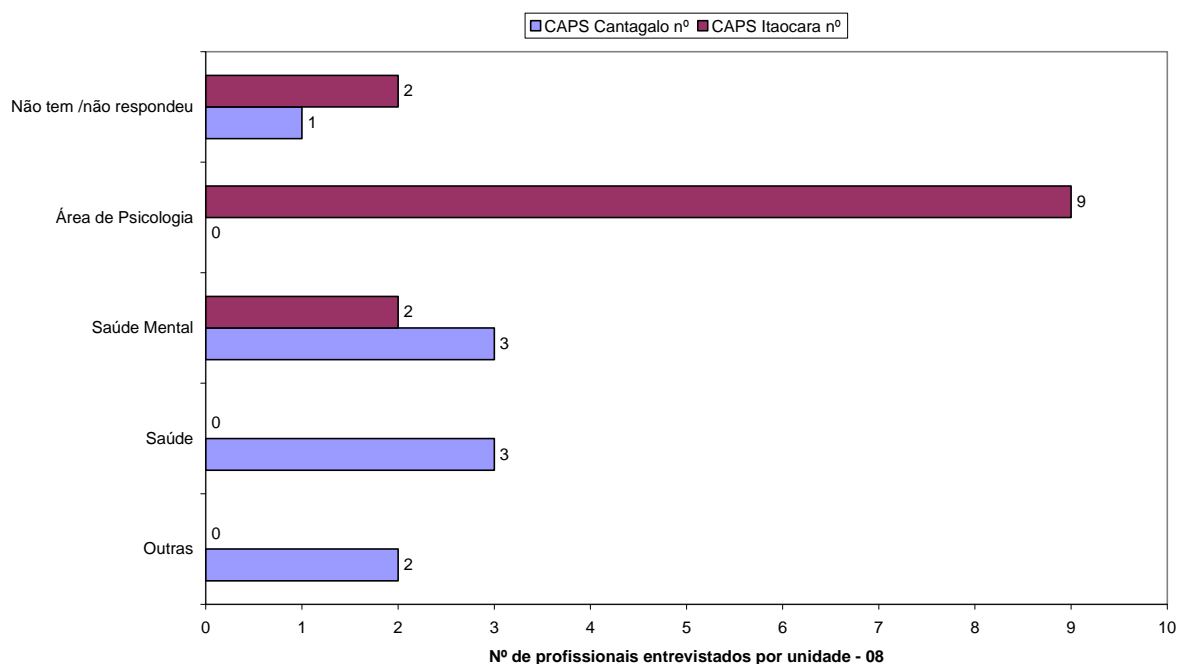
O CAPS daqui foi [...] muito bem estruturado na época... Não sei se foi a coordenação que exigiu muita coisa, se tinha acesso direto ao prefeito, não sei, mas sei que na implantação [...] houve um grande investimento, uma preparação, eles apostaram na idéia – o gestor e o secretário; e quando lançou - e eu conheço a coordenadora, uma assistente social - o secretário era muito presente não sei se porque pensou-se na questão do dinheiro, do retorno financeiro, não sei o que encheu os olhos, mas houve muita capacitação, o município chegou a investir em especialização para os profissionais, eles tinham carro para ir e voltar do Rio; houve uma aposta, um investimento (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Alguns profissionais têm mais de um curso de especialização, especialmente no CAPS de Itaocara, e estas são predominantemente voltadas para área específicas dentro de sua profissão como neuropsicologia, psicomotricidade, psicopedagogia, medicina psicossomática, teoria cognitivo-comportamental e terapia de família. Caracterizado no gráfico como “outras” são as especializações na área de Acupuntura, citada por dois profissionais (Terapeuta Ocupacional e Psiquiatra – CAPS Cantagalo). Os cursos de especialização na área da saúde foram citados por 3 profissionais: Neonatologia e Saúde do Trabalhador (Enfermeira nº1 e 2 – CAPS Cantagalo) e Saúde da Família (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

As especializações na área de saúde mental foram citadas por 5 profissionais: Saúde Mental e Psicanálise (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo), Saúde Mental da Infância e Juventude (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo e Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara), Saúde Mental e Terapia Ocupacional (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara) e Abordagem a transtornos decorrentes de álcool e outras drogas (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo) o que corresponderia a 37,5% e 25%, respectivamente, das especializações citadas no GRAF. 6.

O GRÁFICO 7 mostra a distribuição das especializações:

GRÁFICO 7. Áreas do curso de Especialização por município



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

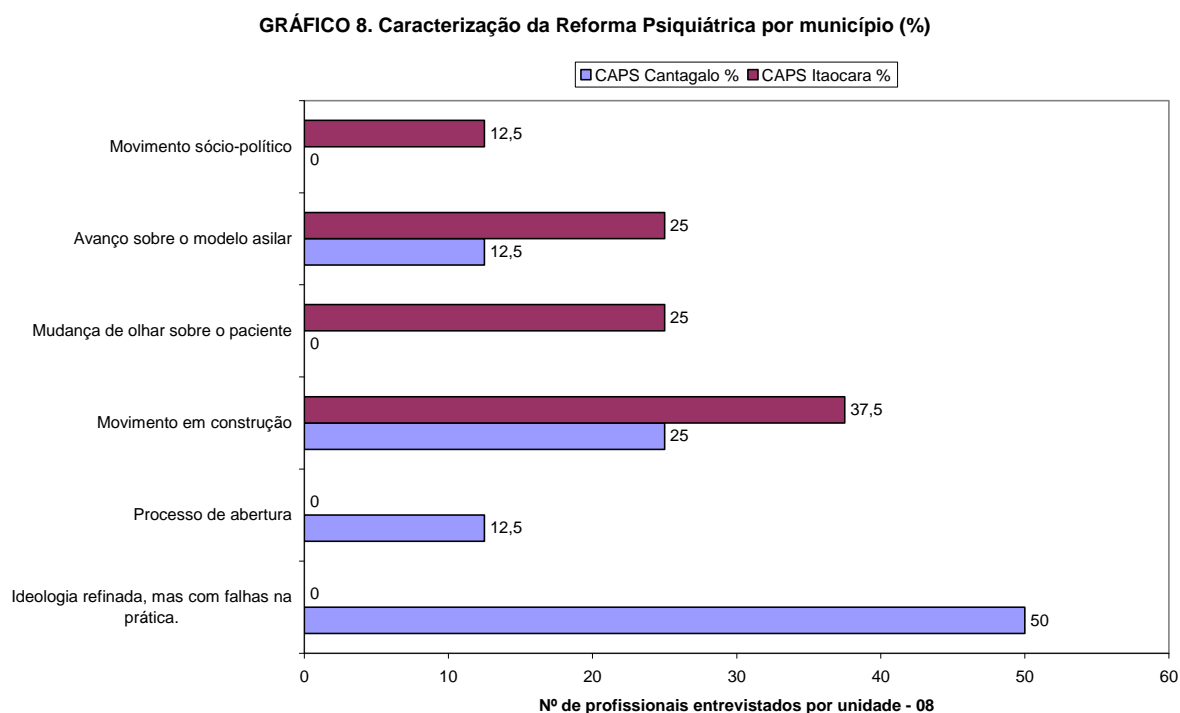
Os dados indicam um investimento pequeno nas especializações em saúde mental em relação aos demais temas; dos 19 cursos de especialização citados, apenas 5 são nesta área (26,3%). Isso é mais evidente no CAPS de Itaocara, no qual apenas 2 profissionais buscaram especialização nessa área. O número maior de psicólogos (GRAF. 1) explica o número maior de especializações na área de psicologia.

Dentre os 5 profissionais que fizeram especialização na área da saúde mental, 4 eram psicólogas e 1 era terapeuta ocupacional; 3 ingressaram na área por interesse/motivação vocacional e 2 ingressaram por convite e outros motivos (GRAF. 5). Isto sugere que apesar de muitos dos entrevistados – 62,5% em cada unidade terem se graduado após a instituição da Lei de Reforma Psiquiátrica em 2001, e terem experiência recente na saúde mental (62,5% em cada unidade); os 5, anteriormente mencionados, (37,5% em Cantagalo e 25% em Itaocara) têm buscado a especialização para aprofundar seus conhecimentos na área e assim desenvolver uma intervenção com qualidade, coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, são minorias em ambos os CAPS pesquisados.

Após terem sido apresentados dados sobre identificação profissional, tais como formação profissional e inserção na área da saúde mental, o item seguinte tratará da concepção dos profissionais sobre a saúde mental em seu município.

3.2. A saúde mental no município: o debate e a prática na percepção dos profissionais

Neste item trataremos a política de saúde mental municipal, os aspectos que facilitam e aqueles que dificultam a implementação da mesma, os elementos necessários para que a política se aproxime das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a percepção dos profissionais sobre o posicionamento dos gestores – coordenadores, secretários e prefeitos perante a saúde mental no município. Iniciamos, de uma forma geral, abordando temas como a caracterização da Reforma Psiquiátrica pelos profissionais entrevistados (GRÁFICO 8) e a sua concepção sobre a cidadania (GRÁFICO 9), a fim de perceber sua proximidade com esse debate.



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

De modo geral, foram destacados aspectos inerentes ao Movimento de Reforma Psiquiátrica como: o refinamento teórico do debate no Brasil que se concretizou, em parte, na prática, o preconceito e a dificuldade de inserção social com maiores níveis de autonomia para os usuários (Capítulo I). Os entrevistados apontaram também a característica de construção cotidiana desse movimento, ou seja, um processo de autocrítica que convive no dia-a-dia com a incorporação de novos aspectos. As respostas apontam esse caráter processual dada à complexidade do ser humano e, em particular, do sujeito que sofre psiquicamente.

Dessa forma, ao apontarem o refinamento ideológico da Reforma Psiquiátrica e as falhas na sua materialização, os profissionais pontuaram as dificuldades de construção da integralidade e da intersetorialidade, as falhas na manutenção dos serviços existentes na política de saúde mental, entre outros aspectos.

A reforma psiquiátrica tem uma proposta excelente, mas existem falhas, até em relação às próprias leis que se formularam depois e que acabam deixando buracos que são problemas que hoje a gente tem em qualquer serviço de saúde mental, independente de ser aqui. Então, foi uma proposta excelente porque desinstitucionalizou; trouxe “pra” vida social, tenta buscar a independência do paciente, a sua autonomia; fornece a possibilidade de um vínculo com a sociedade. Tenta-se fazer com que a sociedade veja o paciente psiquiátrico com outros olhos, mas precisa de mais empenho dos políticos na verdade, dos gestores para fazer as coisas fluírem da forma como deveria (Enfermeira nº 1 – CAPS Cantagalo).

Em termos de investimento, de avanço de política, a abrangência das políticas ainda deixa muito a desejar, o quanto ela consegue alcançar as pessoas que precisam dela. Mas a ideologia da coisa, os programas, as políticas são muito refinados e eu tenho falado isso para as pessoas. As residências terapêuticas, para pessoas que estavam institucionalizadas antes, por décadas às vezes, e que agora podem morar em casas com poucas pessoas e ter uma vida na residência mesmo, de lar. Eu acho muito refinado. As bolsas dadas às pessoas para voltarem para suas casas, os próprios serviços CAPS, a idéia de pessoa, a criação de uma rede para que ela não esteja só no CAPS, mas que possam estar em lugares onde as outras pessoas, que não são usuários de saúde mental, estão. Então... É muito refinado, apesar de ainda ter que crescer para atingi-las (Psicóloga nº 1 – CAPS Cantagalo).

O contato que tive com a Reforma foi aqui, na faculdade não tive tanto. A gente vê a diferença entre o que ouve e o que faz; a gente tem as leis, mas existem também várias barreiras para pôr em prática a reforma. Uma delas é a supervisão dos CAPS. Outra coisa é que vem diminuindo o número de leitos nos Hospitais Psiquiátricos, mas há dificuldade dos Hospitais gerais serem receptivos com os usuários em crise (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Desde a década de 1980 que foi a emergência, hoje a gente tem um avanço importante que foi na implantação dos CAPS, mas eu considero que há uma grande falha na manutenção desses serviços em termos de formação da equipe, de orientação, de supervisão. Não dá para simplesmente mudar um tipo de serviço sem se construir, junto com esses profissionais, os rumos e as diretrizes do trabalho que aí está sendo feito. Nesse sentido, eu percebo que, lá no Rio, a experiência que eu tive de dois anos no CAPSi foi muito engajada no que a Reforma Psiquiátrica tinha como intenção; de fato ali se percebia que os moldes de um asilamento não existiam. Aqui, no CAPS de Cantagalo, eu já percebo muitas situações cotidianas nas quais há essa tendência às práticas asilares. E aí, quando eu começo dizendo que faltam orientação e formação dos profissionais, é nesse sentido, que eu percebo que não tem um acompanhamento contínuo da equipe para construção desse novo olhar da equipe em saúde mental, que é o que a Reforma Psiquiátrica

coloca... Que é mais que uma mudança de serviço, mas também de prática, de concepção, de paradigmas, de olhares, de trabalho, de clínica... É clínico: não dá “pra” colocar pessoas dentro de qualquer tipo de serviço [...] sem fazer nada por elas, porque aí senão, o CAPS fica com a mesma função do hospício. E isso é feito de maneiras muito sutis (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

A reforma psiquiátrica foi caracterizada como processo de abertura por 1 profissional (12,5%); e outros (2 = 25% no CAPS Cantagalo e 3 = 37,5% no CAPS Itaocara) apontaram para uma característica importante do movimento da reforma que é sua construção processual, dialogando com as contribuições de diferentes áreas. Seus comentários ressaltaram os avanços do movimento social e na política que convive com restrições e dificuldades.

Avançou muito, porém ainda há resistências das pessoas estarem lidando com essa mudança; a mentalidade das pessoas ainda não mudou. Muitos entendem que a saúde mental precisa estar fechada, isolada. Não entendem que os usuários também são cidadãos como nós, como os outros e que precisa sair, estar livre para fazer suas coisas (Enfermeira nº 2 – CAPS Cantagalo).

Está em construção e, embora a gente comemore muitas conquistas da reforma psiquiátrica, ainda tem muita coisa para ser construída... O que mais entusiasma a gente é saber que é um processo contínuo (Psicóloga nº 3 – CAPS Cantagalo).

Como um grande avanço, só que não está terminada (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Já evolui bastante, a gente teve várias conquistas como o Programa De Volta para Casa, as Residências Terapêuticas, o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos e a diminuição de leitos, mas ainda assim eu vejo muita coisa que precisa melhorar. A questão social ainda não está sendo trabalhada como deveria ser. Porque nós funcionários sabemos a proposta da reforma psiquiátrica, nós atendemos os pacientes, [...] mas a comunidade ainda não sabe - não tem conhecimento acerca de que é a loucura, sobre o CAPS, e não estão preparados para receber essa clientela na sociedade. Então, eu vejo que a Assessoria de Saúde Mental tem muita teoria, as nossas orientadoras, que são responsáveis pela nossa área, têm muita teoria, mas na prática ainda vejo muito pouca coisa funcionar. Então, “pra” mim está caminhando (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Como um movimento em construção. Um trabalho que está para além do serviço e mais nas nossas conversas com as pessoas da comunidade, nas nossas conversas com os nossos amigos, como um trabalho que a gente faz no dia a dia, para além de um ambulatório, embora aqui a gente tenha um trabalho com ênfase em ambulatório; mas é um trabalho que a gente vai fazer com as famílias, os funcionários que, na maioria, não tiveram oportunidade de conhecer uma bibliografia em saúde mental, sobre a reforma (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Um momento político, sócio-político dentro da política de saúde que foi primordial, pois as instituições psiquiátricas de internação já haviam demonstrado sua falência em todos os sentidos – administrativo e de tratamento. Uma reforma no sentido de buscar eficácia de tratamento resguardando sua autonomia, sua cidadania, vê-lo de modo mais total, menos medicamentosa, numa perspectiva total (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Outros definiram a reforma como uma mudança de olhar sobre o paciente, destacando o avanço em relação ao modelo asilar e a transformação na forma de cuidado. O modelo de desinstitucionalização da loucura, proposto por Franco Basaglia, sugeriu deslocar a atenção da doença para o sujeito que dela sofre, ou seja, colocar entre parênteses a doença e voltar à atenção para o sujeito em existência-sofrimento (Capítulo I).

Os avanços e obstáculos que a reforma enfrenta para se concretizar foram identificados por boa parte dos profissionais, e embora muitos tenham apontado suas características mais que defini-la, demonstraram proximidade com o debate. Os avanços destacados parecem se concentrar mais na humanização do atendimento dentro da própria saúde mental, visto que foram citadas dificuldades para se garantir isso na vida social em geral.

Por isso, afirmamos que há uma proposta de reinserção social⁸⁹ da pessoa com sofrimento mental que ainda encontra-se permeada pelo isolamento vivido pelos usuários e pela própria política de saúde mental. E, mesmo que a humanização no interior da política de saúde mental seja um de seus objetivos, ela não poderia restringir-se a isso, caso contrário, anularia os seus próprios fundamentos. Conferir à Reforma o estatuto de movimento e de transformação que depende do investimento público, seja na oportunidade de preparação/capacitação dos profissionais, seja na estruturação de serviços.

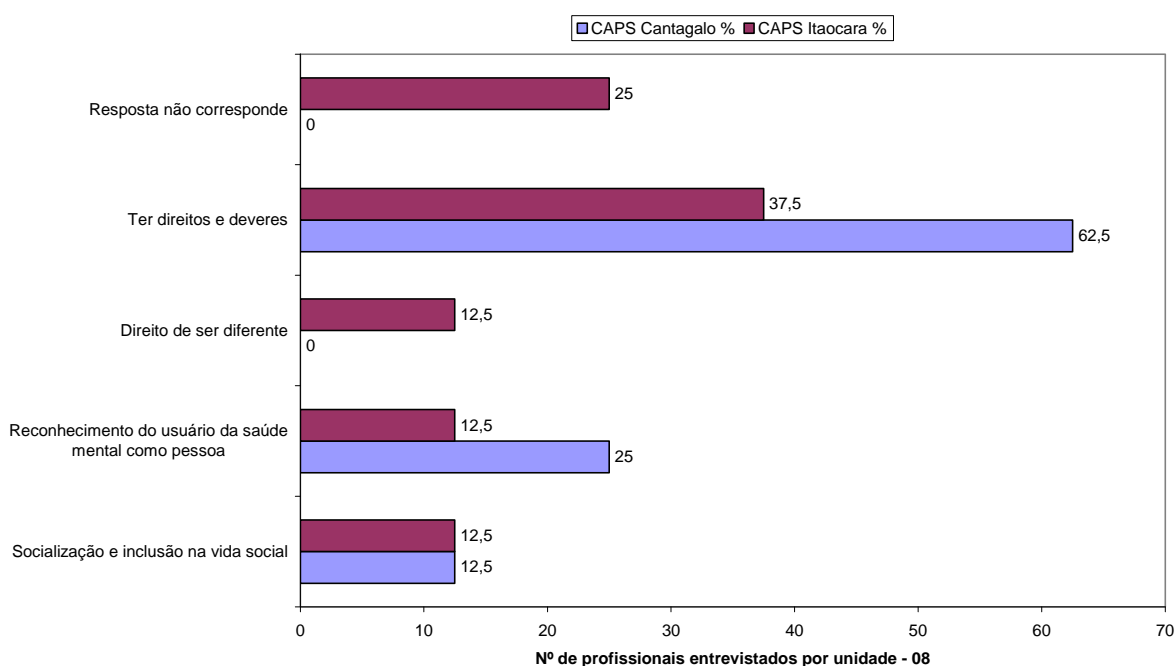
Dentre as transformações trazidas por esse movimento sócio-político já apontadas, a abordagem aos direitos do sujeito que tem sofrimento mental foi crucial na reorientação da assistência em saúde mental. A partir disto, o sofrimento psíquico passou a ser entendido como uma particularidade em suas vidas, que lhes confere uma forma diferente de viver e compreender o que se passa ao redor, mas não pode ser obstáculo para acesso aos direitos. Contudo, a concepção do “louco” como sujeito vem se construindo mais enfaticamente a partir do século XX, e, particularmente, no Brasil, a partir dos anos de 1970. Antes disso, mesmo quando existiram grandes avanços nas reflexões sobre a cidadania, não se cogitava

⁸⁹ Entendemos a reinserção social como a possibilidade destas pessoas participarem da vida social em condições nas quais todos os demais sujeitos vivenciam.

inserção dos loucos ou de outros tipos considerados desviantes. E no Brasil, as peculiaridades do desenvolvimento da cidadania trouxeram desafios ao debate da cidadania dos usuários de saúde mental (Capítulo I).

Tendo em vista, a inter-relação desses temas: cidadania e Reforma Psiquiátrica, foi indagado aos profissionais sobre a sua concepção de cidadania (GRÁFICO 9) e observamos que algumas reflexões se aproximam da proposta de atenção psicossocial integrada, interdisciplinar e extra-institucional de cuidado aos usuários com sofrimento psíquico.

GRÁFICO 9. A concepção dos profissionais sobre cidadania por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Deste modo, 6 dos entrevistados - 3 no CAPS de Cantagalo (37,5%) e 3 no CAPS de Itaocara (37,5%) referiram-se a pontos centrais na discussão da cidadania do usuário com sofrimento mental: a necessidade de socialização e inclusão do usuário de saúde mental, e de seu reconhecimento como pessoa que tem o direito de pensar, de ser e viver a sua diferença. Então, a cidadania em saúde mental, supõe extinguir formas de exclusão social e de violência, tornando possível o seu acesso aos bens e serviços de que necessite. Os comentários dos profissionais demonstram este direcionamento.

Pensando mais em termos de saúde mental, a cidadania seria abrir as portas para o paciente que tem esse problema psiquiátrico, a nível de educação. Um exemplo: locais especiais para ter educação especial. Não. Como a própria

proposta diz que tem que socializar, deve-se colocá-los em escola normal, como formação normal, tentando inclui-los. A diminuição da discriminação em relação aos usuários e aos próprios parentes do usuário. Muitas vezes a sociedade não discrimina, mas a própria família acaba fazendo. Ter apoio, ações sociais por parte dos gestores e da sociedade para que pudessem trazer coisas que pudessem beneficiar o paciente. Por exemplo, áreas de lazer que as pessoas pudessem se relacionar, porque muitas vezes o paciente psiquiátrico acaba ficando isolado, sozinho; ninguém conversa, não chega perto, tem receio. Dar oportunidades de trabalho, mesmo que ele tenha dificuldade. Mais ter um trabalho que ofereça condições dele se manter, de ter autonomia. Acho que isso seria cidadania (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Em termos do serviço, é o acesso ao trabalho, os direitos civis. Quando há concessão do LOAS (do benefício), as pessoas ainda encaram como favor. Muitas famílias querem interditar os seus usuários para conseguir o Benefício de Prestação Continuada e tem muitos casos aqui assim (Assistente Social – CAPS Itaocara).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁹⁰ foi apontado, por um dos entrevistados, no tema da cidadania em saúde mental que tem sido utilizado de forma equivocada ao argumentar que muitas famílias querem recorrer à interdição judicial para alcançá-lo. Embora o BPC seja uma forma de acesso a uma das dimensões da cidadania que é a renda e, por conseguinte, a garantia de sobrevivência, a cidadania não pode ser direcionada para sobreviver, muito menos que o acesso à renda é o suficiente para ser cidadão. E ainda, o acesso à renda não deve estar associado à anulação civil do usuário de saúde mental, visto que não é necessário que cerceá-lo de seus direitos no âmbito da vida civil, que é a consequência da interdição civil.

⁹⁰ Benefício concedido pela Lei Orgânica da Assistência Social – lei 8.642/1993 conhecido popularmente como LOAS, nome da sigla da Lei. Tal benefício garante um salário mínimo ao portador de deficiência ou idoso que comprovem insuficiência de meios para prover suas necessidades básicas ou tê-las providas por sua família. Trata-se de um benefício que suscita polêmica, pois embora a lei não permita a comprovação vexatória das necessidades, há uma série de critérios para concessão do mesmo, que não deixam de expor o seu beneficiário e familiares, visto que há pouca flexibilidade na observação dos critérios. Os tramites para sua concessão ao usuário passam pela Previdência Social, através das perícias médicas e sociais que acontecem nas Agências da Previdência Social (APS). Com critérios bastante rígidos, tal benefício é concedido para usuários que vivem num grau de destituição que se aproxima à linha de extrema pobreza e no caso da saúde mental através da comprovação de sua limitação para o trabalho formal, o que em alguns casos pode não estar aparente – dificultando a concessão. Um outro fator a ser considerado é que não são avaliadas, nesta concessão, outras necessidades familiares, como doenças de outros membros familiares ou outras vulnerabilidades, em casos em que a renda per capita ultrapassa o limite de ¼ (um quarto) do salário mínimo. Isso acaba transformando os casos de deferimento em favor dos usuários de saúde mental em verdadeiras batalhas entre saúde mental, o INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) e que algumas vezes, principalmente nas situações citadas acabam requerendo o envolvimento do Poder Judiciário. Nos municípios estudados, não havia assistentes sociais lotados nas Agências da Previdência Social, até a época de finalização da pesquisa e por isso, a avaliação social era feita pelos assistentes sociais das Secretarias Municipais de Assistência Social.

A questão da cidadania, na saúde mental, supõe autonomia para gerir a própria vida (econômica ou afetiva), para afirmar desejos e vontades e, neste sentido, não basta matar a fome ou adquirir bens materiais; não é poder de consumo, mas redirecionar o seu modo de viver através das oportunidades que lhes são proporcionadas.

A questão passa também por assegurar o direito à diferença e à alteridade, negando aquilo que a prática usual de abordagem aos ditos loucos fez como anular/normatizar a sua diferença, recusando a sua forma de ser e buscando a todo instante enquadrar o seu comportamento ao que a sociedade apresentava como padrão. Embora a normatização da loucura ainda persista na prática de alguns profissionais, ela se manifesta de forma sutil e ardilosa sem, contudo, diminuir a gravidade do problema. E isto exige maior desenvoltura para enfrentá-lo. Sendo assim, os profissionais comentaram sobre: experimentar formas de viver em liberdade, afirmação das vontades, sentir-se cidadão pelo que vive e como vive, sendo tratado pelos entrevistados pelo seguinte modo:

Até pela minha formação, eu acho que é ser reconhecido enquanto pessoa como todos os outros. Mais que ter documento, ter benefício. É você poder circular, ser encarado como uma pessoa como outra qualquer, com os mesmos direitos e deveres (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Acho que cidadania é a capacidade que a pessoa tem de ser livre, de direito, de expressão, conhecimento de dever; é você poder conseguir se colocar enquanto sujeito desejante, ter e ver seus direitos respeitados, mas sabendo exatamente o que é isso. Pois, às vezes, eu acho que esse termo é muito política e socialmente usado, como se fosse bandeira de causa, mas as próprias pessoas engajadas que tentam lutar por isso não se dão conta desse conceito. Acho então que é quase um processo reverso, as pessoas precisarem viver existencialmente falando o que é cidadania, entender, internalizar, para depois sacar que “...estão lutando por mim por causa daquilo, então, isso que estou vivendo é viver na prática a cidadania”. As ONGs, as instituições públicas, pessoas de boa fé pegam essa causa e fazem dela uma bandeira muito pessoal, partidária e politizada e o próprio beneficiado fica ali como uma quase vítima dessa construção. A famosa frase “resgatar cidadania” virou moda nesse final de século, mas resgatar o quê? Ninguém resgata o que não tem, então tinha que começar ao contrário. Primeiro mudar a questão de saúde pública, de educação, toda conceituação do que é o social que a gente não sabe. O que é esse social..., já virou pretexto, o obstáculo já está nomeado... é o social, a burocracia, a falta de cidadania (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Ter conhecimento de seus direitos e deveres e capacidade para exercê-los. Essa capacidade não é só inerente, mas também é conquista. O portador de transtorno mental tem, muitas vezes tirada de si, a capacidade de ir e vir, de exercer seus direitos e deveres. Então, além de ser inerente, também é uma questão social, de ser dado o direito de conhecer seus direitos e deveres (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

É mais fácil sentir a cidadania que defini-la, mas poderíamos dizer que pelo respeito a diferença, de poder ser multifacetado, ter superfície de trocas com vários setores. Perpassa a ética, as relações pessoais e a legislação libertária (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

A complexidade da questão não foi abrangida por 5 profissionais (62,5%), no CAPS de Cantagalo, e por 3 entrevistados (37,5%), no CAPS de Itaocara, que não relacionaram o tema a sua área de atuação abordando direitos e deveres de forma genérica, como exemplificam os comentários que seguem:

É a pessoa ter respeitados os seus direitos em todos os âmbitos: trabalho, saúde, lazer, por exemplo (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Eu considero que é um conjunto de deveres e direitos daqueles que compõem uma sociedade, que fazem parte daquele grupo que compõem a sociedade (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

É você ter o direito de correr atrás do que é seu, saber seus direitos e seus deveres, ter consciência, ir em busca do que é certo (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

É a gente conhecer e poder exercer direitos e deveres (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

É um exercício de direitos e deveres, de compreensão do Estado, da nação, do que a gente está inserido. Tem haver com cultura, com educação, com cultura (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Ter direitos, responsabilidade como pessoa, poder viver em sociedade, poder ter vida (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Ter o direito de ir e vir, de fazer escolhas, de ser respeitado... Cumprir os deveres (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Outros entrevistados (2 profissionais ou 25%) não se aproximaram do tema. Deste modo, consideramos que os comentários que seguem não corresponderam à expectativa da pergunta:

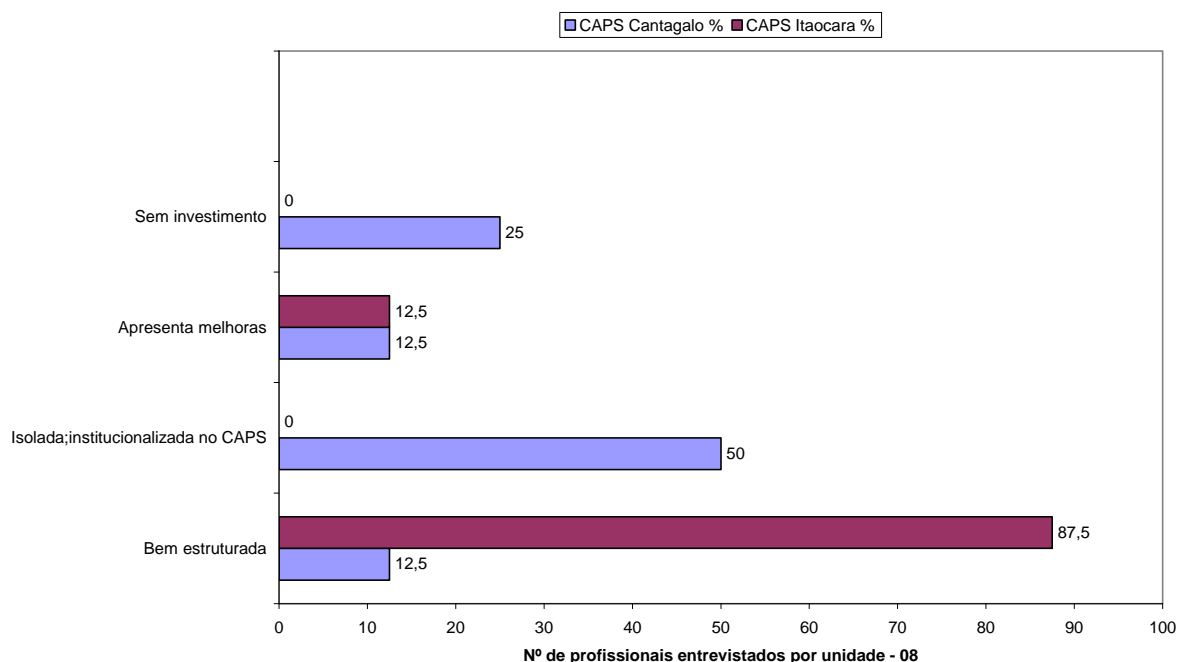
É uma condição, uma ação da comunidade que pode ser benéfica ou maléfica à sociedade (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Não é assistencialismo, e qualquer pessoa é cidadão (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

As considerações sobre a Reforma Psiquiátrica, como movimento sóciopolítico em construção, que precisa afinar a sua prática à ideologia do movimento que lhe deu origem, associada à necessidade de socialização e inclusão dos usuários de saúde mental, considerados

na sua diferença, são posicionamentos que propiciam a problematização do cenário da política de saúde mental nos municípios. Então, remetendo-nos a algumas preocupações apresentadas sobre a concretização da Reforma Psiquiátrica no capítulo I como a insuficiência dos serviços, a centralidade da reforma nos CAPS, a orientação prática nestes serviços, avançaremos no debate abordando a forma como os profissionais perceberam estes aspectos no seu município, no que tange à construção da política de saúde mental. Sendo assim, o GRÁFICO 10 apresenta a concepção dos profissionais entrevistados sobre a saúde mental.

GRÁFICO 10. Concepção dos profissionais sobre a saúde mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

No gráfico observamos que 8 profissionais (1 em Cantagalo – 12,5% e 7 em Itaocara - 87,5%) consideraram a saúde mental no município bem estruturada e atribuíram isto a fatores como existência do CAPS e do Programa De Volta para Casa (Capítulo I), à quantidade de usuários atendidos, à redução das internações psiquiátricas e ao número de profissionais e sua qualificação. Alguns comentários dos profissionais sobre o tema exemplificam esta posição.

Eu não posso comparar com outros municípios ou CAPS, porque eu não tenho participação em outros lugares. O município tem o Centro de Atenção Psicossocial e tem algumas coisas que a própria Reforma Psiquiátrica coloca; ele implanta o “De Volta para Casa”, nós temos dois usuários que têm, eles recebem essa verba. Para um município pequeno como é aqui, acho que é bem estruturado (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Digamos que esteja caminhando também, com passos largos, porque o CAPS aqui foi fundado em 1998, então tem dez anos de funcionamento, e se a gente for fazer uma análise quantitativa e qualitativa do CAPS, quantitativamente só tem a crescer; hoje nós estamos com mil e oitocentos pacientes no serviço, contando com ambulatório e CAPS que funcionam aqui no mesmo lugar; temos apenas um paciente internado, no momento, em Bom Jesus do Itabapoana, então, temos poucas internações; um alto número de funcionário, temos propostas sociais, trabalhos, oficinas terapêuticas; então eu acho que em relação a muitos serviços daqui mesmo do interior, a gente não está abaixo (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

O município tem uma história e uma tradição de investimento em saúde mental, mas aqui a gente tem uma característica de um trabalho mais ambulatorial que comunitário. Acho que é uma característica, mas acho que deveríamos explorar mais o trabalho comunitário, um trabalho mais abrangente (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Acho que bem estruturada. Centraliza aqui no CAPS, mas tem a rede que atua, os PSFs, a SMS. Os profissionais buscaram conhecer e se inteirar sobre a reforma psiquiátrica. Eu mesma fiz vários cursos na FIOCRUZ e conferências de saúde mental (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Acho um sucesso; se destaca. Tivemos o premio em 2006 de qualidade em saúde; só temos 1 paciente internado. Isso demonstra o trabalho. É triste internar alguém, pois lá só piora... A coordenação é democrática com todos, trata a todos com igualdade (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Eu acho excelente pelo tamanho do município, pelos problemas que a gente tem. É muito bem estruturada, pois os problemas têm que ser fator de motivação para a gente caminhar; nunca existe serviço totalmente pronto, até pelo dinamismo do crescimento do município e da sociedade que fazem surgir novos problemas no serviço (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Tem uma importância muito grande. Nós temos a supervisão, toda a equipe é capacitada com pós-graduação. O CAPS é a via da saúde mental para a cidade (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Dos municípios que conheço na região é o melhor que existe, o mais organizado. Eu trabalho em outro município, num CAPS (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Alguns profissionais salientaram a característica ambulatorial do trabalho realizado no CAPS. Em geral, o trabalho ambulatorial ainda se centra na prática de consultórios de médicos e psicólogos, priorizando os atendimentos individuais e explorando pouco o trabalho descentralizado e de construção de rede. Assim, outra problemática identificada foi a centralização da atenção no CAPS e, nos atendimentos individuais em nível ambulatorial, não foi analisado pela maioria dos entrevistados. Embora alguns dos aspectos que destacaram demonstrem importantes avanços na saúde mental, e contribuam para melhorias na atenção

psicossocial prestada, poucas ponderações abordaram elementos como redução do número de internações e inserção na vida social.

Apenas 1 profissional (12,5%) do CAPS de Cantagalo considerou a saúde mental bem estruturada, mencionando a existência do CAPS e ao Programa De Volta para Casa no município. Embora seja uma iniciativa importante na inserção dos usuários no convívio social, este auxílio pode ser entendido, também, como uma compensação para as famílias que em alguns casos não têm condições de recebê-los em seu retorno ao convívio familiar e social ou ainda, para os usuários que não têm condições de prover seu sustento ou ter quem o faça.

Os demais profissionais entrevistados no CAPS de Cantagalo – 6 profissionais (75%) –, ao analisarem a saúde mental no município, mencionaram fatores como o isolamento da saúde mental em relação aos demais serviços e políticas setoriais; a institucionalização e/ou cronificação dos usuários no CAPS - no serviço de atenção diária; a omissão da gestão em relação aos problemas da saúde mental; e o atravessamento de questões político-partidárias na rotina institucional.

Tem muitas questões complicadas: o atravessamento da questão político-partidária é muito forte, não só na saúde mental, mas em outros setores também do serviço público; acho que tem uma carência de equipamento muito grande, então você tem apenas um CAPS e uma Pestalozzi que nem entra como serviço de saúde mental; a rede é muito precária e você acaba criando uma institucionalização também no CAPS que é muito complicado. Não há compromisso tanto dos gestores, Secretário (de saúde), quanto da própria Coordenação de Saúde Mental e do CAPS com as diretrizes da Reforma. Os compromissos são por interesses individuais (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

O trabalho aqui é legal, mas acaba esbarrando na parte política. Não tem como fluir as coisas porque esbarram em fatores como licitações para material (que demora a sair), a lei de responsabilidade fiscal que impede a contratação de pessoal que é necessária, pois o município já está excedente nos gastos. A gente depende de tantas instâncias que acaba emperrando. Às vezes, o serviço acaba cronificando (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Já falei um pouco, mas é um pouco isso: falta formação dos profissionais pra realmente trabalhar com saúde mental; falta sensibilização do gestor; eu acho que a saúde mental no município não tem um lugar importante pra gestão, quando deveria ter, mesmo que economicamente, porque os CAPS, como nós sabemos, são geradores de renda para o município, então deveria ter um olhar sim, pelo menos interessado pelo CAPS. O que eu não percebo que há. A saúde mental no município... Eu me sinto até desconfortável em falar porque eu acho que existe uma doença mental que é enclausurada no CAPS (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

É para falar... (risos). Poderia ser melhor. Acho que falta um olhar mais atencioso para a saúde mental, não tanto em termos de investimento, de

dinheiro, mas de prioridade. Acaba que um vai envolver o outro, pois se você olha com mais atenção, você acaba investindo em outras coisas. Um olhar mais carinhoso, de prioridade. Você vê que a gente sempre está por último, só têm olhos para a gente quando o negócio pipoca (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Por eu ter vinte anos na prefeitura; quando eu iniciei não se falava de saúde mental. Tinha só isso de ir para o Psicólogo, o atendimento psicológico nem era muito divulgado e só ia para esse atendimento quem tinha direito para “ta pagando”; então, eu vejo que do tempo que iniciei na prefeitura para hoje a gente tem um grande avanço, e, mesmo que as pessoas às vezes não tenham muito acesso, mas elas já ouviram falar, sabem que têm como se referenciar, eles procuram, a população já está mais esclarecida que há 20 anos atrás, mas eu acho que a saúde mental no município (a entrevistada pede para não gravar) ... Nós precisamos de um gestor que se implique mais. Os profissionais têm essa responsabilidade. O gestor e o prefeito só lembram da saúde mental quando alguém está surtando. Eles não conhecem a Reforma, nem querem se informar sobre isso. (Técnica de Enfermagem – CAPS Cantagalo)

A saúde mental no município é ambígua. [...] ter o programa de saúde mental [...] e funcionamento com um CAPS I é conquista, é luta dos antecessores, mas ainda falta muita coisa. O que acontece é que a gente acaba considerando só CAPS como saúde mental. Eu acho que a gestão pública não tem noção que o programa de saúde mental, na verdade, é muito mais que CAPS; [...] a gente tem muito tempo de CAPS e só agora de um ano para cá, a gente está conseguindo trazer [...] outras entidades para estar em rede conosco para ver que a saúde mental está estruturada e já é intrínseca à saúde pública, porque antes era um anexo, uma coisa especializada, na escala de uma pirâmide havia a atenção básica na atenção primária e, na atenção secundária o CAPS. E eu acho que a questão da atenção secundária tem todo um sentido de segundo plano mesmo. A saúde mental do município tinha muito a crescer se a gente tivesse um apoio, um prestígio, e eu acho que nem é só falta de vontade política não, eu acho que é por falta de conhecimento, os gestores não têm conhecimento da causa, do que é. O que é um serviço que está lá, que dá comida, dá remédio, da consulta e só?... Então, não têm idéia que isso [...] é fruto de uma reforma que começou para mudar a maneira de se tratar pacientes psiquiátricos... A gente é carente de memória, as pessoas sabem das coisas, mas não sabem da construção [...] O CAPS presta um serviço muito eficiente e produtivo a essa clientela que até então não tinha onde se referenciar; não há no município história disso, não havia ambulatório de psiquiatria, não há hoje profissionais de saúde mental inseridos na atenção básica, a Pestalozzi nunca se achou fazendo parte disso... Agora que está começando... (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Outros afirmaram melhoras como a existência do serviço e a redução do número de internações, entretanto consideram que a saúde mental pode avançar.

Me lembro como era, pois não existia. Não tinha profissionais – só a psicologia e a assistente social. E então começamos o trabalho, buscando os pacientes. A demanda do ambulatório era menor e, ao criar o serviço, cria-se a demanda. As coisas estão melhores (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

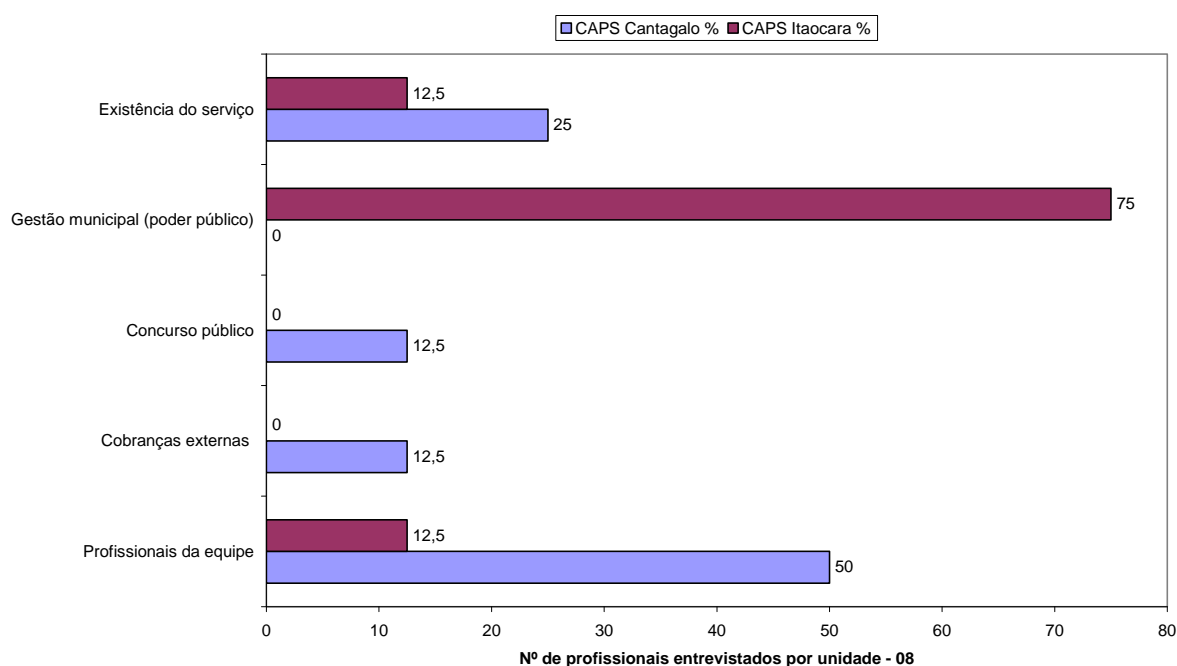
Poderia ser melhor. O número de internações é pequeno, a equipe é aguerrida... No entanto, alguns ainda pensam na normatização da loucura (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

A normatização da loucura⁹¹ citada engloba aspectos de enquadramento nas regras sociais observada pelos entrevistados na postura de alguns profissionais, e se relaciona ao direcionamento do serviço. O crescimento da demanda ambulatorial também foi citado e a necessidade de abordagem adequada à mesma, através de investimento em profissionais e estrutura física que não onere o atendimento aos usuários com sofrimento psíquico grave.

A maioria das indicações mostra percepções distintas entre os profissionais dos CAPS estudados. Mostra ainda que, a institucionalização da política de saúde mental tem feito com que ela se afaste de seus aspectos militantes e que por isso, a sua materialização nos municípios, precisa avançar em aspectos cruciais como investimento da gestão, autonomia dos profissionais para organizar o serviço e fortalecimento do trabalho intersetorial para que os usuários graves tenham vida independente da rotina do CAPS.

Para o aprofundamento da questão, os profissionais foram indagados sobre os aspectos facilitadores e os obstáculos na implementação da saúde mental em seu município. Dentre os aspectos facilitadores (GRÁFICO 11) destacaram a atuação dos profissionais em Cantagalo e a gestão municipal em Itaocara.

GRÁFICO 11. Aspectos facilitadores na implementação da política de saúde mental por município



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

⁹¹ Ver Goffman (Capítulo I).

O GRÁFICO 11 mostra maior diversidade de aspectos apontados pelos profissionais de Cantagalo. Nenhum deles indicou a gestão municipal como facilitadora da implementação da política de saúde mental, embora tenham mencionado a relação entre a gestão e a saúde mental nos vários aspectos citados - a equipe, a cobrança externa, sobre concurso, e a própria existência do CAPS, respectivamente apresentados nos comentários que seguem - ela não foi apontada como um facilitador.

Boa vontade dos profissionais do serviço, mais que do gestor em si (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

O que facilita, com todas as dificuldades que a gente tem, seria mesmo o empenho e a dedicação dos profissionais. Não vejo mais nada que possa facilitar (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Em princípio, a atuação do Ministério Público em questões como a exigência de concurso público para os servidores funcionários da prefeitura. E as diretrizes nacionais e estaduais em saúde mental. Pelo que eu percebo aqui, só a força desses poderes vindo de cima obrigando mesmo. Esse poder – o Ministério da Saúde e o Ministério Público vêm e obrigam. Agora, aqui dentro, eu não sei se eu estou muito contaminada, eu não consigo ver nada. A rede é complicada, a gestão de recursos humanos é muito complicada, não cria um clima de coesão, de trabalho conjunto. Enfim, eu não vejo facilitação por parte do município não (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

O concurso público que foi realizado permitiu que outras pessoas, com outros olhares pudessem vir, já que não há realmente investimento na formação dos profissionais daqui. Algumas mudanças podem ser feitas internamente, mas externamente, na implantação da política no município não; exatamente pela mesma razão que elas podem colaborar, elas não podem colaborar. As mudanças que essas pessoas puderam promover são muito no âmbito do serviço, em coisas muito sutis: a reunião de equipe semanal, que antes existia a cada semestre, ou cada três meses; o questionamento que elas podem produzir durante determinadas ações; não que essas pessoas detenham um saber, mas vêm com um olhar diferente e minimamente estranham o que acontece e antes não tinha nenhum estranhamento. Não era estranho, por exemplo, os usuários ficarem lá atrás nas oficinas sem que um profissional estivesse por lá, para abordá-lo, para saber como aquela pessoa está se sentindo, quais são suas expectativas, suas questões, suas conquistas. Acho que nesse sentido, teve uma mudança, mas não na política (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

O que deveria ser facilitador é a sensibilização da gestão pública, mas não é isso que existe hoje aqui. Mas o que facilita é existir o serviço em si, ele estar credenciado [...]. O município tem CAPS I credenciado, com APAC, com verba própria, com conquistas e derrotas, e isso facilitou concentrar o pessoal, para gente saber o nosso perfil. Facilitador é o serviço, ele está feito, mas ainda falta tanto. Mas se você quiser o que dificulta, eu posso falar numas cinco linhas... (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

O próprio CAPS, pois ele é referência em saúde mental. Nas cidades pequenas conseguimos uma rede informal de serviços, porém existente e que ajuda. (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

O trabalho em equipe que se destacou na percepção dos profissionais de Cantagalo, foi citado por apenas 1 profissional (12,5%) em Itaocara; e a existência do serviço também foi citada. Todos os demais entrevistados (6 profissionais - 75%), em Itaocara, citaram a gestão municipal como facilitadora para a implementação da saúde mental, evidenciando a diferença de percepção entre ambas as equipes.

A formação e engajamento dos profissionais na questão. Vai desde os oficinairos até todos. A participação em grupos de estudo. Não adianta a recepcionista não entender também sobre saúde mental. Os pacientes vêm e, às vezes, são direcionados para dados profissionais e isso é complicado (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Ter um CAPS instituído, pois foi uma vitória consegui-lo. A gente tem o procedimento de residência terapêutica também, ter sido aprovado; e atualmente o apoio da política municipal (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

As parcerias com o PSF, a Secretaria de Ação Social, com os Conselhos Tutelares, com a Secretaria de Saúde, de Educação... Por ser um município de pequeno porte a gente consegue estabelecer uma parceria, o que faz do CAPS ser uma porta de entrada hoje. Qualquer paciente que vá a cada um desses setores, eles são encaminhados para cá; o hospital municipal... Hoje não tem nenhum paciente dentro do município que é internado sem passar pelo CAPS, e isso acontecia muito antes. Outro aspecto é a qualidade dos profissionais, a qualificação dos funcionários. Um ponto positivo é a supervisão, porque a gente foi aprovado no Projeto de qualificação dos CAPS, então nós temos um profissional que faz a supervisão com a gente, além do alto número de funcionários desse serviço - 05 psicólogos, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 02 neurologistas e 02 psiquiatras (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A gestão municipal, pois acredita na idéia de Reforma, que apóia as idéias da reforma psiquiátrica, que acredita e se identifica. Então isso é um facilitador. E aí eu incluo o prefeito, o vice, a secretária de saúde (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

_Esse trabalho em equipe; a ajuda do Ministério da Saúde, do prefeito, da Secretária municipal de saúde e de seu assessor, enfim, toda a rede. [...] Temos podido rever os projetos terapêuticos. Há acolhida no Hospital de Bom Jesus, que também é um parceiro. O amor pelo trabalho, pela profissão, a determinação e capacitação de cada profissional da equipe (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Primeiramente o gestor, o prefeito por ter a visão de que o CAPS pode gerar qualidade de vida. E em segundo lugar, a nossa coordenadora que é muito aberta e também a equipe que é boa (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

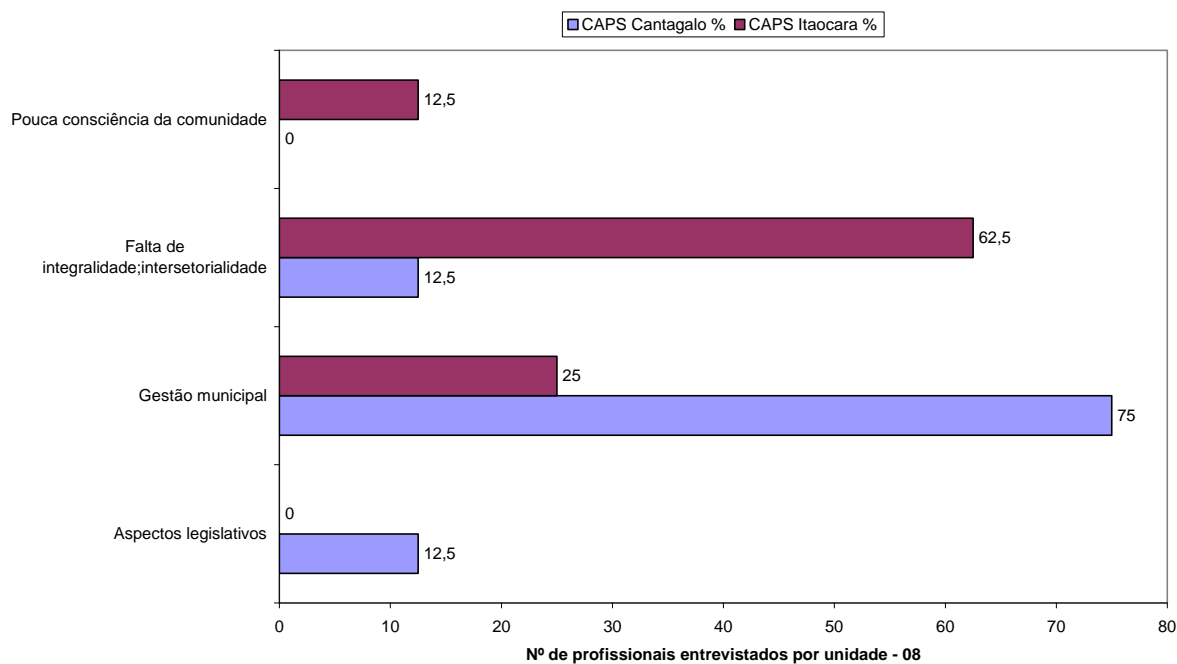
O melhor entendimento dos políticos que estão no poder no município. Antes não tinha nada disso; as pessoas pensavam que o CAPS era depósito de louco (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Há aceitação do poder público em relação ao CAPS. Não há resistência deles quanto a isso, se não pelo conhecimento da causa, mas pelos impactos que o serviço demonstra na comunidade, como a resolução da crise. Não se ouve mais sobre pessoas que dão crise na comunidade e isso são dados objetivos (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Embora os comentários não se restrinjam à gestão, ela é apontada pelos profissionais do CAPS Itaocara - juntamente com outros fatores como as parcerias com a rede, o número e qualificação dos recursos humanos, e a existência do serviço de saúde mental - como facilitadora para a implementação da saúde mental. No CAPS de Cantagalo destacou-se a atuação dos profissionais.

Há uma percepção oposta quanto aos obstáculos para a implementação da saúde mental (GRÁFICO 12) na qual a gestão municipal ou aspectos referentes à gestão foram apontados por 75% dos profissionais de Cantagalo. De certo modo, os comentários sobre o GRAF.11 e sobre o GRAF. 10 já sinalavam este posicionamento da equipe.

GRÁFICO 12. Obstáculos na implementação da Política de Saúde Mental por municípios (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

A diferença exprime a crítica, de 6 dentre os profissionais entrevistados no CAPS de Cantagalo (75%), à atual gestão municipal e ao pouco compromisso com a saúde mental e suas objeções se dirigem ora ao prefeito, ora ao secretário municipal de saúde e, por vezes, à própria coordenação de saúde mental e do CAPS. Ressaltamos que o componente político-partidário é inexpressivo neste caso, visto que a metade dos profissionais entrevistados, que trabalhavam no município à época da pesquisa, não residia no município, não tinha relação, nesse contexto com a cidade.

Quanto aos profissionais que residiam no município, suas críticas se fundamentaram em diferenças de investimento entre a gestão atual e as anteriores, que influenciaram o desenvolvimento da saúde mental. Dentre os elementos que ilustram esta diferença foram citados a capacitação dos profissionais, a disponibilidade de recursos materiais, dentre outros necessários à consolidação do trabalho em saúde mental.

A saúde mental no município de Cantagalo deparava-se com dificuldades como a falta de apoio para supervisão clínica do CAPS, a retirada do automóvel que dificulta a realização de atividades fora do contexto institucional e a retaliação de profissionais⁹² que, por objeção a posicionamentos em desacordo com os princípios da saúde mental, buscaram outras possibilidades de discussão diretamente com a assessoria de saúde mental do Estado. Neste sentido, citaram alguns aspectos legislativos e outros aspectos relacionados diretamente à gestão, como segue nos comentários abaixo.

...Uma formulação inadequada de propostas e leis que esbarram em outras leis acaba fazendo com que a gente não consiga fazer muitas coisas (...) São questões (...) que vão além do que o município pode alcançar. O ambulatório ampliado de álcool e outras drogas que tinha no município e agora não tem

⁹² Tais retaliações se deram, inicialmente, com a solicitação da presença do secretário de saúde pela coordenadora para que conversasse com os profissionais sobre posturas que vinham tomando; posteriormente com a restrição e/ou a dificultação da participação desses profissionais em eventos fora do município, representando o serviço; e, num grau mais acentuado, com a carta de advertência e ameaça de demissão por justa causa dada a uma das psicólogas e a assistente social por terem enviado o projeto para concorrer a etapa 2008 da supervisão clínica institucional dos CAPS. Nesta ocasião, foi realizada reunião com o secretário de saúde na qual foi informado sobre o projeto e os possíveis benefícios em se discutir a situação do município, e talvez de outros, perante a assessoria de saúde mental, dadas às dificuldades vividas por já estar em maio de 2008, no limite dos gastos que a lei de responsabilidade previa, tendo que seguir até dezembro do mesmo ano sem qualquer investimento extra nas políticas sociais para não ultrapassar o teto previsto. Mesmo com a concordância do secretário, este motivado por relatório enviado pela coordenação do programa de saúde mental e do CAPS, despachou em junho de 2008, através do departamento de recursos humanos, carta de advertência aos profissionais que, no seu entendimento, encabeçavam o processo justificando insubordinação profissional dos mesmos. O assunto tornou a ser objeto de discussão em julho de 2008 por ocasião do Fórum de Saúde Mental da Região Serrana, realizado na cidade de Cantagalo, no qual as supervisoras da Assessoria do Estado compareceram e, tomando partido da coordenação e do secretário, depreciaram o projeto elaborado e a “postura infantilizada da equipe” (sic), como afirmaram à época. Ressaltamos que o projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde, conforme mensagem eletrônica circular Nº 016/2008, mas não foi posto em prática pelo gestor e pela coordenação (Diário de Campo: julho, 2008).

mais. Eu ainda não consigo compreender o motivo pelo qual aconteceu isso. E porque não voltar? Aqui tem muito usuário de AD que precisa disso e aí esbarram em questões, leis que acabam desfavorecendo os moradores do município, o paciente, a pessoa que tem o distúrbio. Ah, não pode fazer por causa de lei de responsabilidade fiscal⁹³ – não pode contratar pessoal, e aí? O serviço fica como? Uma melhor proposta ou objetivo que a gente busque, muitas vezes, esbarra nisso. Isso é um ponto negativo (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Outros aspectos relacionados à gestão foram citados por 8 profissionais entrevistados dentre estes 6 (75%), em Cantagalo, e 2 (25%), em Itaocara. Eles mencionaram o descomprometimento, a política de favores e interesses, a falta de esclarecimento, a ausência de autonomia financeira do CAPS e questões administrativas como falta de carro e demora nas licitações de material, dentre as dificuldades na rotina da saúde mental.

O tipo de política que se exerce aqui, a forma como se relaciona, a questão dos favores, dos interesses... Basicamente são dois prefeitos e eles se revezam no poder, atendendo mais a interesses individuais de habitantes. Isso acaba promovendo que não haja compromisso com as políticas públicas que são orientadas nacionalmente e estadualmente. Além disso, e eu estou falando do concurso mesmo, muitas pessoas que passaram são de fora, então acaba não tendo uma continuidade do trabalho, porque as pessoas vão conseguindo outras oportunidades e acabam saindo. Então, ainda que se tente montar um trabalho, ele vai se fragmentando. A escolha da chefia que, me parece que atendem muito mais ao... Aquelas chefias que vão auxiliar o gestor a manter o controle, a manter as coisas em ordem, todo mundo quietinho, trabalhando, funcionando sem questionar muito. Falta de investimentos em áreas importantes como saúde, educação e saúde mental. O fato de ser o único equipamento, o CAPS, é muito complicado também, pois dificulta o estabelecimento da rede (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A liberação de material tem demorado muito. Nós fizemos uma solicitação de material no fim do ano passado (em outubro de 2007) para ver se adiantava a entrega, mas até agora nada. A própria obra que era para ter saído no início desse ano (2008) só agora, em julho está ocorrendo. O fato de terem tirado o nosso carro também é uma dificuldade (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

⁹³ A Lei de Responsabilidade Fiscal, citada pela entrevistada, impede o uso inadequado do dinheiro público, mas no contexto da entrevista parece ter sido colocada como obstáculo pelo gestor para a contratação de recursos humanos necessários para concretizar ações como: o retorno do ambulatório ampliado de álcool e outras drogas, a inserção do município na etapa de supervisão clínico-institucional dos CAPS em 2008 e para a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, dentre outras ações para o bom desempenho do Programa de Saúde Mental no município. De fato, as divergências entre necessidades do município e recursos disponíveis para saná-las são problemas enfrentados pelas diferentes instâncias gestoras e, neste sentido, precisa ser analisado com maior atenção, pois muitos fatores apontados pelos profissionais têm implicação direta no serviço prestado à população e, conseqüentemente, à qualidade de vida da mesma. Por isso, gestores e profissionais precisam ampliar o espaço de diálogo para que a materialização da política de saúde mental atenda às necessidades dos usuários, mas também aos princípios presentes nas leis que regulamentam a área em questão.

O descomprometimento da gestão. Eu acho que por ser característica de um município pequeno, de interior, a política é mais intensa, passional e com isso, é óbvio, sempre haverá interesses políticos (partidários) na esfera pública. Mas o que eu percebo (...) é um envolvimento político muito maior e, de alguma forma, isso atravança um pouco as questões terapêuticas, no sentido de, por exemplo, não poder redefinir um projeto terapêutico, porque isso implica o paciente estar menos dia no serviço e, conseqüentemente, mais tempo na comunidade. Provavelmente não seria bom, politicamente (...), porque o usuário pode estar criando problemas (entre aspas) na comunidade; e aí, de alguma forma, e isso talvez denuncie, pelo olhar da gestão, algo que o CAPS não está dando conta; como se tivesse que dar conta mesmo e não tem. O envolvimento político de que falei é da própria gestão nas decisões institucionais, na condução de cada caso, nos projetos terapêuticos, na organização dos serviços; talvez num município maior você não tenha isso: as pessoas têm um poder de decisão maior, dentro da equipe, no que se refere à construção e condução de cada caso. Num município de interior, o que se vê aqui, é que se tem um controle, que não deveria ter, sobre essas decisões da equipe. E aí tem o caso do usuário (citou o nome dele) que, quando se decidiu que ele viria menos tempo, o prefeito liga para que se volte atrás, aquela história toda... É nesse sentido que o trabalho com os pacientes, com a comunidade fique muito amarrado no poder público, na gestão, que tem interesse que o paciente fique recluso, fique aqui, não dando problema. E isso atrapalha a implantação da política. O que a gente objetiva não é a reinserção social, a reapropriação da autonomia desses pacientes, que ele tenha uma qualidade de vida maior? E aí fica muito amarrado nesse ponto, quando há interferência realmente da gestão no sentido de entender que o CAPS é lugar para que o paciente fique o dia inteiro, livrando a sociedade, e não o contrário (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Há uma falta de interesse, de prioridade, não sei bem o termo, por parte do gestor. Peca pelo seguinte: aqui, os usuários não reclamam, tudo é saúde mental. 'Ah, a saúde mental é com o CAPS...' E isso fica sempre para depois... Se você vai numa unidade de saúde, alguns profissionais têm resistência em estar conversando sobre isso; eu acho que a gente fica muito isolado. Nós ficamos muito sozinhos e soltos, como se fossemos independentes no cenário municipal (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

O gestor não ter muito esclarecimento, o município não ter como arcar com uma ampliação. O ambulatório AD (de álcool e outras drogas) já melhoraria a situação, mas deixou de funcionar, e nós não temos condições de ter tudo. Há uma falta de integração entre a Secretaria de Assistência (SMAS), Secretaria de Saúde (SMS) e Secretaria de Educação (SME). Eles encaminham e passam a responsabilidade, e aí os casos chegam aqui e, às vezes, estacionam. Somos o único dispositivo, não tem outro para a saúde mental (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Os aspectos político-administrativos são os dificultadores [...] A falta de sensibilização do gestor e de coordenações hierarquicamente acima da gente. Eu acho que a gente trabalha, hierarquicamente para baixo do CAPS, de forma legal; o problema é de baixo para cima. As dificuldades político-administrativas vão desde a falta do carro que a gente vive isso demais, até a falta de manutenção da equipe mínima... Como um CAPS fica completamente evadido? A gente, por conta de questões políticas, já teve épocas em que o CAPS simplesmente não abriu em janeiro, que era época de fechamento de contrato, no início de 2003 ou 2004, e não tinha como fazer

porque não estava previsto na lei orçamentária. O CAPS ficou fechado e aí a coordenadora foi chamada à Assessoria para prestar contas... Então a medicação era fornecida pelo PSF, a gente trabalhava pelas beiradas, extra-oficialmente, pois oficialmente o CAPS estava fechado, ... a gente trabalhava apagando incêndio. Nestes últimos anos, a dificuldade seria falta de apoio, de prestígio que não seja da ordem político-partidária, mas de incluir o CAPS enquanto uma política de saúde pública, pois o CAPS é tido como anexo. A gente tentou ter uma conta própria para o CAPS para que a verba não caísse toda no Fundo municipal, pois depois que “cai” a gente sabe o quanto entra e sabe o quanto se gasta, mas ainda está muito centralizado e isso dificulta muito a visualização do que a gente pode. A gente pode ter supervisão e o gestor diz que não tem dinheiro, a gente pode melhorar com uma reforma que a gente ficou 3 anos para conseguir, quando a gente sabe que existe uma rubrica do dinheiro do CAPS para manutenção. Então, falta alguém da saúde mental que não seja puramente técnica, mas que seja totalmente entendida da legislação lá dentro, pois quando passa o Fundo, para o âmbito da gestão pública, a gente já não pode mais nada; a lei de responsabilidade fiscal nos barra o tempo todo... o ministério da saúde fala uma língua, o tribunal de contas fala outra; então, todos os projetos que foram embargados e engavetados, todas as subvenções que foram perdidas, os ofícios redigidos... foram perdidos; a extinção do ambulatório ampliado de álcool e outras drogas é um retrocesso na história da saúde mental do município sem precedentes, acho que até maior do que naquele espaço que a gente não teve nada; e foi por questões políticas. É isso que a gente fica muito aborrecido. O ambulatório foi uma conquista que conseguiu driblar todas as justificativas da questão da contrapartida, mas só durou 11 meses (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

O acesso das pessoas ao lugar; é distante, de difícil acesso. A falta de transporte para fazer visitas domiciliares e para melhorar nosso acesso às famílias (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Já questioneei a Coordenação Estadual porque o dinheiro não vem direto para o CAPS, para uma conta que seja do serviço, pois a questão financeira é um problema. O carro também é, pois muitas emergências passariam a ser feitas e melhoraria o atendimento (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

As questões colocadas pelos profissionais mencionam a interferência da gestão no trabalho da equipe, a falta de espaço para o usuário de saúde mental na sociedade e a dificuldade na sua aceitação, a dificuldade de implementar ações e outras dificuldades político-administrativas devido à falta de apoio da gestão indicam que a implementação da política de saúde mental, nos municípios, depende também de sua inserção na agenda de prioridades do município. Na concepção dos profissionais entrevistados, a criação e manutenção do CAPS, de outros dispositivos em saúde mental e a ampliação de suas ações na atenção básica precisam ter primazia na gestão municipal, de modo que os princípios da reforma se concretizem. E se a gestão desconhece ou não é atenta aos anseios dos profissionais de saúde mental, que lidam, diariamente, com as necessidades da população que

busca o serviço, dificilmente se conseguirá fortalecer/reafirmar ações que promovam a inclusão social e a cidadania dos usuários dos serviços.

Um outro problema identificado foi a falta de integralidade e de intersetorialidade entre as ações e serviços, sendo citado por 1 profissional (12,5%), em Cantagalo, e por 5 profissionais (62,5%), em Itaocara. Esta dificuldade foi identificada, principalmente, na relação com o hospital geral do município – serviço que deveria ter um papel crucial na resolução das crises mais breves, sem a necessidade de utilizar a internação em hospitais psiquiátricos. Mencionaram também a política de assistência social, que deveria ser uma parceira importante da saúde mental, visto que, muitos usuários vivem em situações sociais precárias e, no caso dos municípios estudados, as ações na área de habitação ou iniciativas na área de geração de renda, perpassam a política municipal de assistência social. Dentre as categorias profissionais que mencionaram a intersetorialidade e a integralidade foram de assistente social, psicólogas e psiquiatras.

As questões sociais que não avançam. Nós precisamos muito de geração de renda, precisamos de inclusão (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Não poder contar um pouco mais com a rede, com o hospital municipal principalmente. Hoje a gente não conta muito, mas a gente está com uma supervisão clínica e um dos objetivos dela, nesse momento, aqui com a gente, é está ampliando essa rede, uma aceitação maior do hospital no tratamento aos nossos pacientes em crise, no atendimento deles; dos PSFs, das escolas. Então, a gente tem esse objetivo e está tentando viabilizar com a ajuda que ela está trazendo (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Dificuldade de se articular com alguns órgãos, dentre eles a Secretaria de Ação Social (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Uma certa burocracia no hospital quando precisa da internação psiquiátrica em Bom Jesus; foram impostas algumas coisas, numa reunião, inclusive o fechamento desse hospital, e aí a gente fica sem referência para quando precisar de uma internação mais longa (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

No início, talvez os tramites legais, pois a prefeitura bancou o CAPS por mais de um ano até sair o processo de credenciamento; o processo financeiro e administrativo em si foi uma dificuldade muito grande no início. Atualmente, o grande empecilho é com o hospital geral para ter os nossos leitos lá para as internações de curta duração (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Dificuldade com o Hospital geral que tem reticências de como lidar com o usuário, mas isso varia conforme o plantão. Pode-se dizer que é um obstáculo contornável (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Apenas 1 profissional (12,5%) citou a comunidade como um obstáculo e também mencionou aspectos de gestão como pode ser observado pelo comentário.

Negativo... É a falta de conscientização ainda da comunidade, da sociedade. É o grande ponto negativo. Um outro é o fato de não termos um automóvel e isso dificulta as visitas domiciliares, os atendimentos à crise de maior urgência, com maior rapidez (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Sobre a relação com a comunidade, um diferencial do serviço de saúde mental é a sua possibilidade de trabalhar os aspectos culturais – os mitos sobre a periculosidade do dito louco, a crença na sua incapacidade para realizar ações do dia-a-dia e para tomar decisões – que perpassam a loucura e o seu entendimento na sua área de abrangência⁹⁴. Sendo assim, se a comunidade⁹⁵ não busca o contato com a saúde mental, pode ser um indício de que o CAPS, como único dispositivo de atenção existente nos municípios, tem tido dificuldades em ser articulador e agenciador⁹⁶ deste encontro: saúde mental-comunidade-rede. A dimensão sociocultural é uma dentre as quais há necessidade de intervenção do profissional de saúde mental⁹⁷, no sentido de operar transformações na representação social sobre a loucura. Deste modo, não seria exatamente a falta de conscientização da sociedade o ponto negativo, mas a ausência de condições do serviço, em trabalhar tais situações que são determinantes na política de saúde mental.

Os entrevistados assinalaram pontos na saúde mental nos municípios, que precisam avançar, para que a política tenha o direcionamento adequado às propostas da reforma psiquiátrica como o tratamento aos aspectos sociais, o investimento da gestão, a autonomia do CAPS, a participação da comunidade, a intersetorialidade, entre outros. Dessa forma, foram

⁹⁴ O processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade no atendimento às necessidades de saúde, foi definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001). Nele, deve-se contemplar “uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (NOAS, cap.I). O acesso a estes serviços e ações, o mais próximo possível de sua residência, deve estar vinculado a várias responsabilidades mínimas, dentre elas o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes.

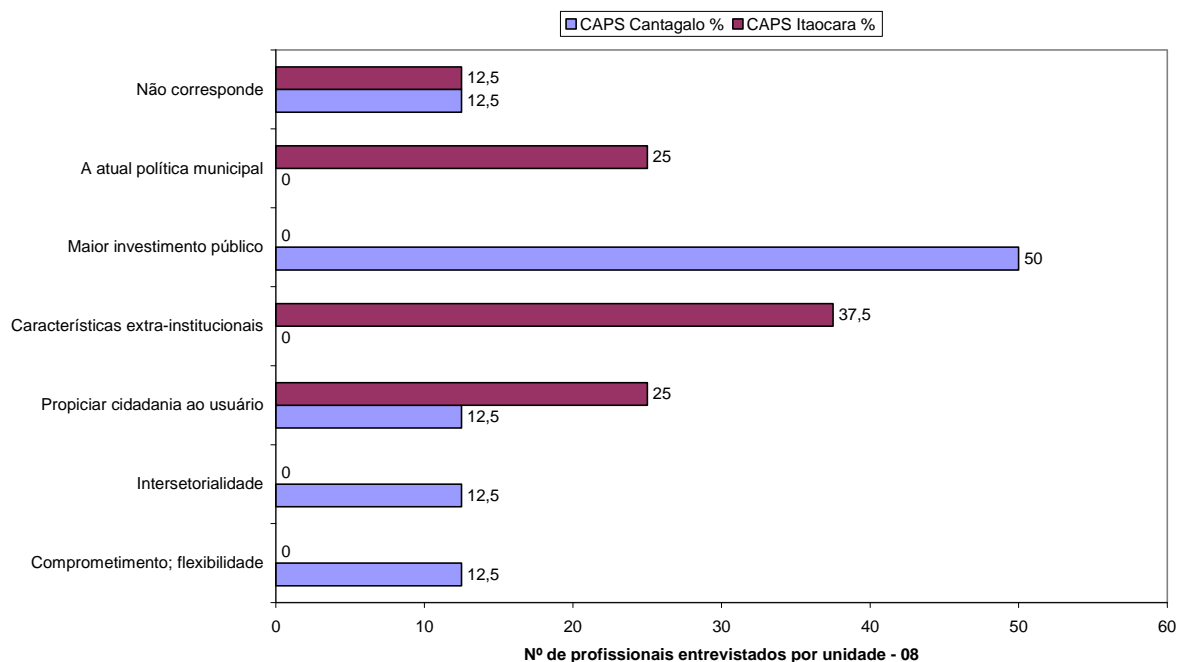
⁹⁵ A participação da comunidade na gestão do SUS foi definida na Lei 8142/1990, que compõe a Lei Orgânica da Saúde. O objetivo aqui não é aprofundarmos neste conceito, mas o entendermos como pessoas e serviços que participam de forma mais próxima da vida do usuário – os vizinhos de rua, de bairro, do distrito em que moram.

⁹⁶ Esse papel de articulador estratégico da rede de atenção às pessoas com transtorno mental no município e da política de saúde mental, num dado território, encontra-se definido na Portaria 336/2002 e em Ministério da Saúde (2005), e foi trabalhado no Capítulo I.

⁹⁷ As demais dimensões ou campos são: técnico-assistencial e jurídico-política (Amarante, 2007).

abordados outros elementos que os profissionais consideram determinantes para a coerência entre a política de saúde mental nos municípios e as diretrizes da política nacional e do Movimento de Reforma Psiquiátrica (GRÁFICOS 13 e 14 respectivamente).

GRÁFICO 13. Elementos definidores de uma boa política de saúde mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os elementos destacados pelos profissionais, observa-se a promoção da cidadania dos usuários - 3 dos entrevistados: 1 em Cantagalo (12,5%) e 2 em Itaocara (25%); a necessidade de maior investimento público - 4 profissionais em Cantagalo (50%); a característica extra-institucional - 3 profissionais em Itaocara (37,5%) e a atual política municipal - 2 profissionais em Itaocara (25%).

Estabelecer relações de cidadania para os usuários foi considerada, pelos profissionais, como um dos elementos positivos para política de saúde mental e se daria por meio de ações como apoio às famílias, priorizando os usuários graves do serviço e promovendo a aceitação das suas singularidades, com rede de apoio, como observamos nos comentários abaixo:

A que realmente pudesse fazer valer a cidadania, a condição de sujeito das pessoas que portam graves sofrimentos psíquicos, que é a clientela dos CAPS (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Com dignidade para os usuários e familiares; com boa rede de apoio; que é feita com espaço de reflexão para os profissionais, usuários e familiares. Por isso é cidadania (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Passa pela cidadania no sentido pleno, na aceitação do outro nas suas singularidades (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Sob o rótulo “maior investimento público”, citado por 4 profissionais (50%) dos entrevistados em Cantagalo, foi abrangida a disponibilidade de verbas para a melhoria do serviço, a qualificação da equipe e implementação de projetos, sobretudo de apoio ao CAPS na sua relação com o PSF e o Hospital Geral. Em relação ao Hospital Geral, trata-se de garantir o atendimento ao usuário em surto, antes do recurso da internação em clínica especializada. Ou seja, o investimento passa pelo apoio na construção da rede de atenção e também do direcionamento de verba para o setor.

O paciente está em surto, a gente vai, faz uma intervenção, o PSF, muita das vezes, não faz, e existe pouco apoio em relação a isso. Até porque o município tem 100% de cobertura de PSF, então, qualquer paciente, em qualquer momento ou lugar que ele tenha um surto, ele tem um PSF de referência, ele tem um técnico de referência [...]. Então, eu posso dizer que, a gente tem sim uma boa estrutura, mas a maioria das pessoas não sabe como usar, como trabalhar, como utilizar essa estrutura (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Uma política com investimento para melhoria do serviço; de dinheiro para implementação de projetos, qualidade do serviço, qualidade dos profissionais, qualificação profissional e estar buscando melhorias para os usuários (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Seria implantar o Ambulatório ampliado de álcool e outras drogas; o trabalho em rede, dar bom atendimento aos usuários; ter maior implicação do gestor (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Que tivesse participação popular; ter parceria, rede de trabalho, sensibilização de gestores para mudança de paradigmas para todos (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

O fortalecimento de aspectos extra-institucionais, no trabalho em saúde mental, foi citado por 3 profissionais entrevistados (37,5%), e a questão da centralização do trabalho no CAPS, novamente, foi apontada pelos profissionais, que já mencionaram-na em outro item (GRÁFICO 10) como um problema que acontece na maioria dos serviços, tendo em vista tanto a ausência de recursos para trabalhar junto à comunidade, quanto a pouca integração com os setores da saúde e de outras políticas sociais. A preocupação com a ampliação das ações fora do CAPS apareceu de forma mais significativa nos profissionais de Itaocara.

Aquela que trabalhasse primeiramente o social, a sociedade. Porque não adianta a gente trabalhar os pacientes, dar apoio a eles dentro da instituição

se lá fora não estão preparados para recebê-los (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara)⁹⁸.

O serviço vai andar bem quando estiver vazio, quando as pessoas não precisarem ficar aqui tanto tempo. No sentido de um paciente querer fazer um curso de bijuteria e que não esteja limitado ao serviço, que ele possa fazer isso numa outra instituição, que ele possa estar aumentando as trocas sociais dele. Então, uma boa política de saúde mental é aquela que vai dando cada vez mais autonomia para essas pessoas; uma boa política é a que consegue cada vez mais desvincular essas pessoas que passam pela experiência da loucura, do sofrimento psíquico, que elas estejam cada vez mais desvinculadas de um adoecimento, que possam estar na vida, com dignidade (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Aquela na qual a comunidade é mais presente, participativa; na qual a sociedade estivesse na saúde mental; na qual não houvesse exclusão (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

A dificuldade de aspectos intersetoriais no trabalho em saúde mental foi destacada também por 1 profissional em Cantagalo. A efetivação deste trabalho de bases territoriais necessita de que as outras políticas municipais como a assistência social e educação, dentre outras, sejam receptivas à discussão sobre o acesso do usuário de saúde mental. A inserção dos usuários nos projetos desenvolvidos por estas políticas tais como cursos de pintura em tecido, de confecção de bijuteria, de corte e costura, de cabeleireiro⁹⁹ - prioriza a sua inserção em outros espaços e acesso a outras oportunidades de vida. A inserção dos usuários de saúde mental, neste e em outros serviços, envolveria a possibilidade de aumentar renda, mas, principalmente, a ampliação dos espaços de trocas (Capítulo I.). Então, a articulação com outros setores e instituições como educação, associação de moradores de bairros, política de habitação, saúde e outros recursos comunitários é um elemento importante para que política de saúde mental seja coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica, como sugere a reflexão dos profissionais nos comentários anteriores e neste que segue:

Que todas as esferas de governo conseguissem se entender, havendo mais integração entre essas esferas e que – as ações tivessem seqüência,

⁹⁸ Este mesmo profissional citou, anteriormente, o desconhecimento da comunidade sobre a saúde mental como obstáculo à implementação da política. Isso reforça a necessidade dos profissionais do CAPS redirecionarem sua prática, como já foi trabalhado anteriormente.

⁹⁹ Embora esta afirmação se baseie em elementos empíricos, do que temos observado nas visitas realizadas a outras instituições como parte da rotina de trabalho de um assistente social em um CAPS, consideramos que existe uma tendência ao trabalho informal por parte dos usuários no desenvolvimento de tais projetos no âmbito das Secretarias Municipais de Assistência Social. De acordo com estudo realizado por Freitas (2009), na Secretaria de Ação Social do município de Itaocara, estes cursos têm se limitado a efeitos imediatistas na vida dos usuários e, em geral, estão relacionados ao recebimento de bolsas de alimentação, sendo a participação nos cursos uma condição para o acesso a tal programa.

independente das questões políticas (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

O comprometimento dos profissionais em buscar essas articulações e a problematização do lugar ocupado pelo usuário com sofrimento psíquico são o primeiro passo para sensibilizar os outros setores e a comunidade – vistos não como problema, mas como parceiros para o debate sobre a saúde mental e o trabalho em rede.

Primeiro, é aquela em que os profissionais, que estão implicados, se comprometam, realmente, com a vida dos usuários que são assistidos para proporcionar uma qualidade de vida a eles. E eu acho que é fundamental que os profissionais estejam se atualizando permanentemente, tanto individualmente como juntos, em grupo. Acho que uma boa política de saúde mental é muito complexa, não dá para reduzir nem na assistência, nem na nossa atuação. A coisa do caso a caso não é um jargão, realmente precisa ser praticada. A gente tem algumas diretrizes, mas qualquer regra que se enrijeça já é prejudicial. Então, eu acho que esse trabalho é cotidiano: o trabalho da equipe que é super difícil, pois cada pessoa tem uma relação com o trabalho, tem uma relação com a saúde mental em si, nem todos têm a saúde mental como ideologia. E aí... Como, a partir de cada lugar diferente, conseguir construir um produto legal, que seja uma boa política de saúde mental? Acho que esse é o desafio (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Outros profissionais (2 dos entrevistados ou 25%) destacaram que a atual política municipal tinha coerência com elementos positivos para a saúde mental. E os comentários sobre o tema abordam a supervisão clínica e o apoio do governo municipal. Isso foi destacado pelos de Itaocara, e não foi mencionado em Cantagalo.

Eu acho que a gente vive isso; há um reconhecimento, temos uma boa assistência estadual, uma boa supervisora (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

A atual política é uma boa política, embora ainda falte a interação. Sinto falta hoje também, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, principalmente para a gente que está aqui no interior, é uma dificuldade. Acho que quem está no grande centro tem muitos hospitais gerais e de grande porte. Mas a nossa referência aqui é a Clínica de Bom Jesus e se ela for fechada, o que a gente faz quando precisar de uma internação mais longa? A gente trabalha para não internar, mas tem casos limites que para proteger a vida da pessoa ou de quem está a sua volta, a gente precisa internar. E aí a gente não tem respaldo no hospital geral daqui, para as internações de curta permanência. Isso não é uma queixa política e nem por parte da administração, mas os profissionais do hospital não estão preparados para isso; existe um temor nesse sentido. Até por uma questão de não conseguirem dar conta do paciente em surto e aí acontecer alguma coisa e eles serem responsabilizados. Então, acho que a questão do fechamento dos hospitais psiquiátricos tem que ser cuidada de forma diferente nessa Reforma Psiquiátrica aqui no interior, porque eles só estão vendo os grandes

centros e nós estamos menos estruturados e correndo o risco de ficarmos à deriva (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

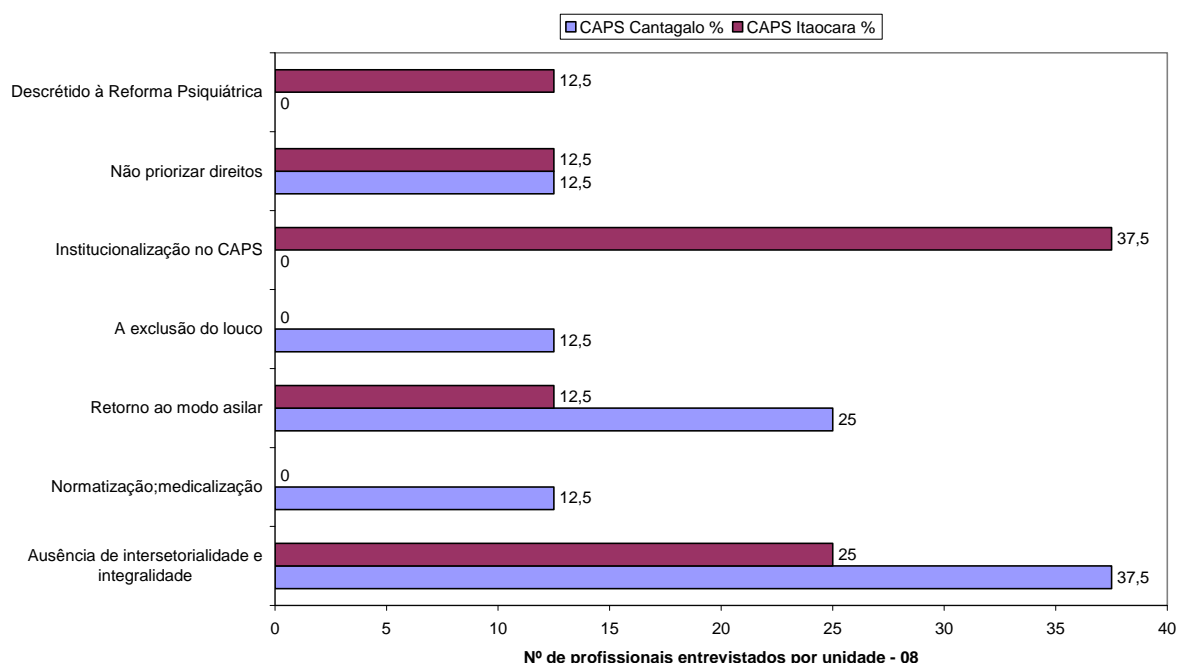
O tema foi abordado genericamente por 2 profissionais, um em cada CAPS, por isso consideramos que não corresponderam ao objetivo da pergunta.

Conseguir exercer, viver tudo o que colocamos como possibilidade (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Mais divulgação do que é o serviço, como ele funciona, pois muitos não sabem (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Os elementos positivos abordados pelos profissionais pareciam sugerir aquilo que almejavam no âmbito da política de saúde mental. Já no GRÁFICO 14 abordaram os elementos negativos e sugerirão situações vividas pela saúde mental no dia-a-dia destacando-se a falta de intersetorialidade, a normatização da loucura, a exclusão social, a institucionalização no CAPS e o descrédito à Reforma Psiquiátrica.

GRÁFICO 14. Elementos definidores de uma política de saúde mental ruim por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

A ausência da intersetorialidade e da integralidade do cuidado abordou a relação com a gestão e com as políticas sociais existentes. Na percepção dos profissionais, existe um isolamento e uma banalização da saúde mental na medida em que não são oferecidos os insumos para que o programa de saúde mental funcione adequadamente. Dentre os

entrevistados, 5 (3 em Cantagalo = 37,5% e 2 em Itaocara = 25%) apontaram para este elemento negativo na política de saúde mental como exprimem os comentários que seguem.

Aquela que é banalizada; aquela na qual a prefeitura, por exemplo, não coloca um serviço de saúde mental [...], mesmo que não tenha um CAPS em si, mas que tenha uma equipe de apoio que possa dar suporte ao PSF. Esse seria um local ruim, um fator ruim de não adequação da saúde mental. Um exemplo: Não pode ter um CAPS num município por ter menos de não sei quantos mil habitantes e, por isso, não tem nenhum serviço da saúde mental, nem apoio, nem profissional que os outros possam se referenciar a ele para tirar dúvida, buscar ajuda (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Ainda há uma valorização das internações psiquiátricas em detrimento dos outros serviços diários. Qualquer coisa é internar. Mas os serviços precisam ter estrutura para funcionar. A nossa capacidade como CAPS ainda é muito menor que a demanda (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

A que é isolada; que entendessem saúde mental isolada, fora de uma rede de serviço; que fosse independente e isolado (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

A não integração entre sociedade, prefeitura e CAPS (Terapeuta Ocupacional - CAPS Itaocara).

A institucionalização no CAPS¹⁰⁰ também foi apontada como um aspecto negativo na saúde mental por 3 dos entrevistados (37,5%) e constitui-se num desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde mental na medida em que o aspecto sobre a intersetorialidade e a integralidade, abordado anteriormente, tem encontrado dificuldades para se materializar na rotina dos serviços. Este elemento foi destacado apenas pelos profissionais do CAPS de Itaocara, todos da psicologia.

Aquela que não vê o CAPS como lugar de passagem, que torna o CAPS de portas abertas, que não revê os projetos terapêuticos. O CAPS é lugar de referência, mas é também lugar de passagem, então não rever os projetos terapêuticos dos pacientes também é ruim; quando a gente não trabalha com os pacientes a passagem deles por aqui e eles acabam vendo como a 2ª casa deles; torna-se uma referência tão grande, que para a saída se torna difícil...Nós já tivemos vários problemas diante disso; de rever projetos dos pacientes, que não tinham mais a necessidade de serem pacientes intensivos (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Uma política que mantenha uma lógica tradicionalista, da dependência, que o louco não tenha que ir para o hospital psiquiátrico, mas tenha que ficar aqui dentro do CAPS... que tenha que ser controlado, dirigido, disciplinado. Uma política que não investe em capacitação dos profissionais, que não

¹⁰⁰ Significa restringir a circulação dos usuários ao espaço do CAPS e da própria política de saúde mental a essa instituição.

investe num tratamento, que não acredita na recuperação (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

A que transforma o CAPS em um mini-hospital psiquiátrico; um CAPS que vise apenas à questão da medicação, que não veja o aspecto social da pessoa, a sua integridade como ser humano, sua autonomia junto de sua família, que não dá suporte à própria família. Então isso para mim é ruim. O CAPS não pode cair nisso, mas corre o risco por essa falta de apoio. Se você não se der conta, se não tiver sempre discussão em equipe, se você não estiver revendo sempre sua prática, você corre o risco de no dia-a-dia começar a medicar e a fazer uma prática, no meu caso, psicológica, e acreditar que está tudo muito bem, obrigado. E não basta só isso, o trabalho do CAPS não é só isso; tem o trabalho com a questão social que também é prioritária, a questão familiar... (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

O risco do retorno ao “modelo asilar” foi apontado pelos profissionais que o vivenciaram: fazem parte do grupo com maior tempo de formação dentre os entrevistados e seus comentários sobre o tema apontam que o maior dos riscos seria o descaso total na orientação e materialização da atual política de saúde mental.

O descaso total, seria voltar ao modelo asilar, de internação; é ruim também, os usuários não reclamarem de nada (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Centralizadora no Hospital Psiquiátrico novamente; sem apoio psicossocial, que precisa aumentar, pois ainda não está bom (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Se voltássemos 30 anos no tempo (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Há contudo, outros riscos, que não, necessariamente, se limitam a retornar 30 anos no tempo ou ao modo asilar, centralizado no hospital e nas internações para que esse modelo seja revivido. Isto vai além, conforme a percepção dos profissionais que argumentaram da institucionalização que pode acontecer dentro do próprio serviço de atenção diária ou ainda quando a atenção em saúde mental fica restrita ao CAPS. A prática manicomial pode ser retomada dentro dos serviços diários com a tentativa de normatizar os comportamentos e medicalizar os sintomas (apontada por 1 profissional), o que podem precipitar e reforçar a exclusão (apontada por 1 profissional) mediante a própria política.

Quando não se está, verdadeiramente, disposto a escutar o que as pessoas que chegam ao serviço querem dizer e têm a dizer; aquela que tenta manter a ordem, adaptar as pessoas aos parâmetros sociais; que medica quando a pessoa está saindo dos parâmetros para não causar desconforto nos outros. Essa sim é uma política de saúde mental ruim (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

É aquela que traz como diretriz tudo aquilo que não se põe em prática; exatamente todas essas questões de condição de sujeito, de cidadania, de direitos, deveres, de ser integrante da sociedade, da comunidade quando no fundo da realidade o que se encontra, às vezes de uma maneira muito descarada, ou às vezes muito sutil, uma exclusão social muito presente. E também aquela que vive de interesses próprios e não os interesses realmente dos usuários (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

A modificação deste cenário pressupõe mudanças simultâneas na concepção e na prática, pois a todo o momento, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem reproduzir a institucionalização, a clausura e a opressão, num contexto que, embora os muros de concreto tenham ser abolidos, os “muros simbólicos” permaneçam (Alverga e Dimenstein, 2006). Para os autores, a racionalidade manicomial está presente nas ações do serviço de saúde mental, já que é pequena a discussão da loucura na agenda pública municipal.

Deste modo, a valorização dos elementos positivos identificados e a reorientação dos elementos negativos poderiam assegurar maior coerência entre a saúde mental nos municípios e a política nacional, fundamentada nos princípios que a Reforma Psiquiátrica busca materializar. Isto é, em Itaocara parecia prevalecer um entendimento entre gestão e profissionais que buscaram observar, conjuntamente, elementos importantes da reforma, enquanto no município de Cantagalo não (TAB. 6).

TABELA 6
Prioridade da gestão municipal quanto aos elementos positivos e negativos identificados na política de saúde mental por município

<i>Prioridade na saúde mental</i>	<i>CAPS de Cantagalo</i>		<i>CAPS de Itaocara</i>	
	nº	%	nº	%
Sim	1	12,5	8	100
Não	7	87,5	0	0
Total	8	100	8	100

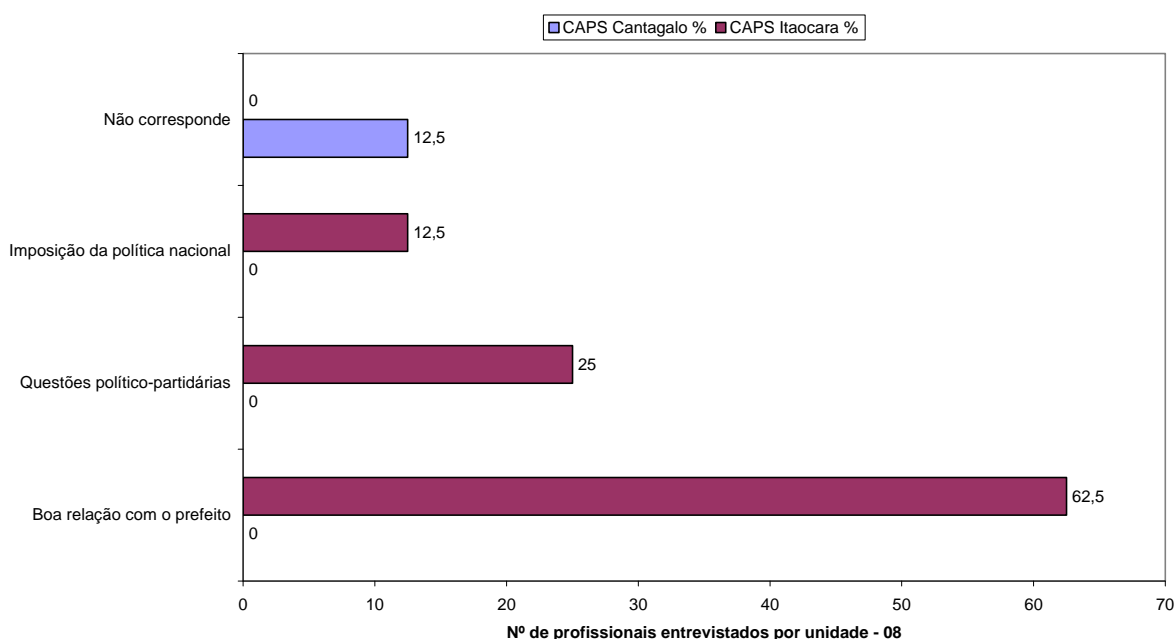
FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Os dados mostram que, na percepção dos profissionais de Cantagalo, o gestor não priorizava os elementos positivos e negativos identificados na orientação da política de saúde mental. Em Itaocara, os profissionais afirmaram que existia esta tendência por parte da gestão municipal, alinhando a saúde mental no município aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica.

Os GRÁFICOS 15 e 16, que seguem, se relacionam aos elementos citados pelos profissionais nos GRAF. 13 e 14 e a TAB. 6 e corroboram uma direção da política municipal em Cantagalo que não priorizava a saúde mental no município, enquanto em Itaocara, esta prioridade se dava por parte da gestão.

O GRÁFICO 15 mostra os motivos destacados pelos profissionais do CAPS de Itaocara, que na sua percepção, contribuíram para a gestão priorizar os elementos positivos e negativos na política de saúde mental no município.

GRÁFICO 15. Motivos pelos quais o gestor observa os elementos da boa política de saúde mental por municípios (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Sob o rótulo “boa relação com o prefeito”, 5, dentre os profissionais entrevistados em Itaocara, mencionaram a relação direta do gestor com o serviço de saúde mental como exprimem os comentários que seguem.

A secretária é muito imparcial, aceita o que a gente acha que deve ser feito. A gente tem uma relação muito boa com o prefeito, com o vice-prefeito (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Se identificam com as questões da Reforma Psiquiátrica. Sempre que a gente vai procurar ou reivindicar alguma coisa eu costumo ouvir o seguinte: “Vocês têm carta branca. Do que vocês precisam?” Então, eu acho que é uma gestão que acredita no nosso trabalho, que confia, que diz, “Vocês podem fazer isso... Qual é a minha parte?” E, às vezes, não são nem recursos financeiros, mas uma troca, como por exemplo, a oficina de vassouras, o município não precisou nem comprar os equipamentos dessa proposta da

fábrica de vassouras; ela estava num outro lugar, numa outra instituição, mas não estava sendo usada e aí a gente disse que estava pensando num projeto de trabalho para os nossos usuários e a gente ficou sabendo desses equipamentos. E aí foi liberado, os equipamentos estão aqui para poder começar (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Somos acompanhados de perto. O prefeito acompanha mais que a secretária de saúde; o assessor de saúde também é mais próximo (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Ele faz questão da nossa participação e dos usuários em vários eventos para mostrar a saúde mental à cidade (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Dentre os entrevistados, 2 citaram o apoio político-eleitoral recebido pela coordenação do CAPS e a parceria entre os gestores, conforme pode ser observado nos comentários.

Se formos pelo lado de que está colocando em prática um serviço... é sim, porque isso é apontado para ele pela coordenadora. Não sei se a secretária e o prefeito por eles próprios... Eu não vejo a secretária aqui; o subsecretário sim, ele conhece o serviço. Acho que o prefeito tem essa visão (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Dentro de certa medida. Porque há um afastamento dele, por não ser médico, ele está distante de certa forma. Mas aí entra o papel do coordenador de saúde mental e do secretário de saúde, pois o secretário é um dos gestores mais importantes na política municipal, se é um gestor que adere, que é sensível, ele pode ajudar muito o coordenador municipal de saúde mental. Se ele é distante, ele pode não atrapalhar, mas deixa de colaborar. Da situação nossa aqui, eu não sei te falar porque não sou coordenadora, mas acredito que a participação da secretária aqui junto à coordenadora é média. Eu sinto que a coordenadora tem apoio político direto, mas eu não sei até que ponto está estreitado esse laço dela com a secretária (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Os comentários anteriores sugeriram um envolvimento político-partidário entre profissionais que trabalham no CAPS e a gestão municipal na condução da política de saúde mental. Apenas 1 entrevistado mencionou a influência das diretrizes da política nacional como fator que orientava a saúde mental no município, atribuindo papel de vanguarda ao nível central na condução da política.

Não sei se há consciência plena dele. Mas tem avanços que não são possíveis de recuo. Alguém pensaria em tirar hoje o direito de voto das mulheres? Essa é uma analogia possível em termos de saúde mental: alguém pensaria hoje em não oferecer atendimento em saúde mental, a não ter o CAPS? Então, não sei até que ponto o gestor tem consciência disso. É fato consumado, e se houver recuos, eles seriam pontuais como corte de uma verba disso ou daquilo (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

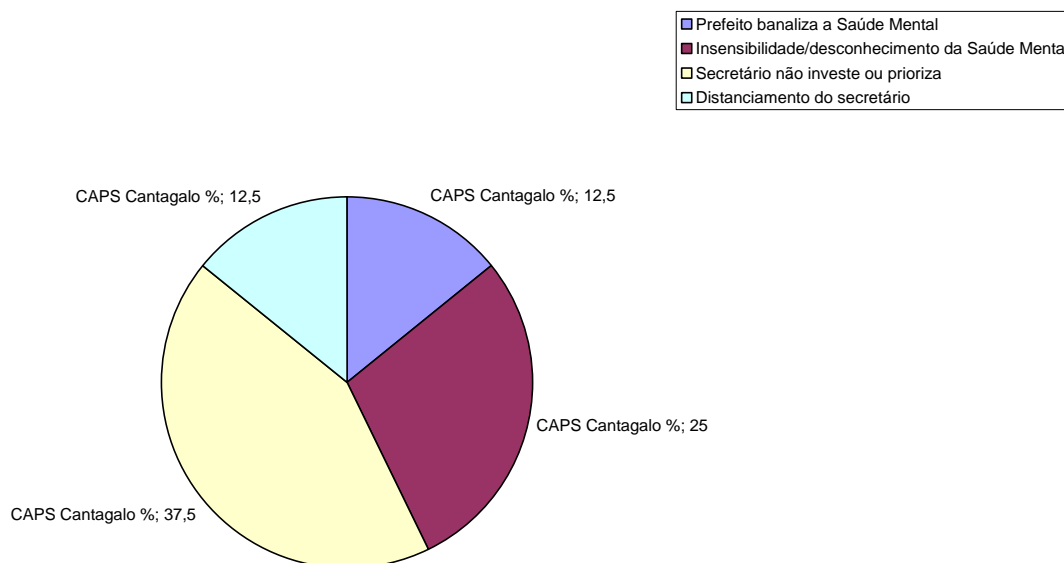
Dentre os entrevistados no CAPS de Cantagalo, 1 profissional afirmou que o gestor prioriza os elementos positivos e negativos identificados pelos profissionais na política de saúde mental no município. Entretanto, este profissional apontou como justificativa as ações e conquistas da equipe de saúde mental e não, propriamente, caracterizou-lhes como iniciativa do gestor, ou ainda, pela parceria deste com a equipe. Por isso, considerou-se que não correspondeu à expectativa da pergunta conforme ilustra o comentário abaixo.

_Dos outros municípios que trabalho sim. O daqui não consigo ter contato direto, mas ações realizadas denotam um avanço; há uma qualidade técnica da equipe de saúde mental. (Psiquiatra – CAPS Cantagalo)

Apenas os profissionais do CAPS de Cantagalo consideraram que o gestor não priorizava os elementos positivos e negativos para a saúde mental no município. Dentre os fatores citados aparecem a ausência de compromisso, a falta de prioridade para a saúde mental e ainda o desrespeito com o direcionamento do serviço dado pela equipe. Apontaram, ainda, um cenário político desfavorável para a saúde mental - tendo em vista os parâmetros da Reforma Psiquiátrica - composto pela tentativa de intervenção direta na condução do trabalho por meio da modificação de projeto terapêutico¹⁰¹ de usuários dentre outros problemas citados pelos profissionais anteriormente. Nas suas considerações sobre a gestão, os profissionais se dirigem ora ao prefeito, ora ao secretário de saúde em ambos os municípios. Observou-se também que, em Itaocara, a equipe se referia ao prefeito e vice-prefeito de forma mais recorrente, principalmente ao prefeito, quanto a sua presença na saúde mental. Já em Cantagalo, os profissionais se referiam na maioria das vezes ao secretário municipal de saúde.

¹⁰¹ O projeto terapêutico é um instrumento de trabalho utilizado na saúde mental, elaborado pelo usuário e pelo profissional buscando priorizar ações que contribuam para aumentar os níveis de autonomia do usuário. O assunto foi trabalhado no capítulo I.

GRÁFICO 16. Motivos pelos quais o gestor não observa elementos para uma boa política de saúde mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

A falta de compromisso com a saúde mental foi citada por 1 profissional (legenda azul), e o desconhecimento ou falta de sensibilização sobre o tema (legenda vinho) foi indicada por 2 dos entrevistados, como motivos para que a gestão não priorize a saúde mental, como explicam os comentários abaixo:

Eu acho que ele põe muito a responsabilidade nos secretários. Entende? E ele se tira daquela responsabilidade para ele não ter problema algum. Se a gente colocar na ponta do lápis, ele meio que banaliza a saúde mental. Isso também na saúde. É meio... Um empurra para o outro (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Porque eu acho que é uma pessoa que não tem nem formação, nem uma sensibilidade pessoal para esse tipo de questão. É uma pessoa que está muito preocupada em produzir votos (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Porque não há sensibilização da gestão pública para a saúde mental e de coordenações hierarquicamente acima da gente. Há falta de apoio, de prestígio (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

A falta de investimento da gestão na saúde mental foi apontada por 3 profissionais do CAPS de Cantagalo (37,5%) (legenda creme) como um dos motivos pelos quais consideraram que o município não priorizava os elementos positivos e negativos identificados pelos profissionais. A postura dos profissionais foi coerente com suas afirmações anteriores, quando

destacaram o maior investimento público como um dos elementos positivos para a saúde mental por 50% dos profissionais (GRAF.13).

O investimento aqui no CAPS ainda é pequeno (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

É difícil porque eu sei quais são as prioridades do gestor; ele tem outras prioridades e busca atender, melhorar o que vai dar maior repercussão; o interesse seria realmente aquilo que fosse mudar para ele, não pessoal, mas em termos de maior repercussão para o município. Ao tomar uma decisão e ter que escolher entre atenção básica e saúde mental, qual vai dar maior repercussão? Não se dá prioridade por ser uma boa coisa (Enfermeira n2 – CAPS Cantagalo).

Cada governo tem uma realidade; o número de internação diminuiu e as internações agora não saem daqui, do município, então a prefeitura vai ter que pagar. Como eles se implicam mais quando são cobrados por alguma instituição de fora, então isso deve acontecer (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

O distanciamento entre gestores e trabalhadores foi outro motivo apontado por 1 profissional (12,5%) (legenda verde).

Eu observo que tem um distanciamento que impede que essas coisas sejam percebidas. No início do trabalho foi combinado que o secretário viesse participar das reuniões uma vez por mês, e não foi/é assim que isso aconteceu, não conseguiu ser mantido nem uma vez a cada semestre. Então, acho que isso dificulta a comunicação entre a gestão e os trabalhadores profissionais de saúde, pelo próprio distanciamento da gestão e o acesso da equipe que fica muito restrito (Psicóloga n°2 – CAPS Cantagalo).

A priorização dos elementos positivos e a reorientação dos elementos negativos identificados na rotina da saúde mental, nos municípios, pode direcionar a concretização desta política aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, a questão central consiste em que tal direcionamento se dê em virtude do compromisso com a saúde mental enquanto política pública e enquanto direito dos cidadãos com sofrimento psíquico, garantido no SUS e legislações complementares na área da saúde mental.

3.3. A Integralidade e a Intersetorialidade: as dimensões política pública na rotina dos serviços

Neste item, alguns temas considerados cruciais para transformação nos rumos da saúde mental orientada para garantir atenção psicossocial – que promova a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, baseada em uma nova ética do cuidado – são abordados

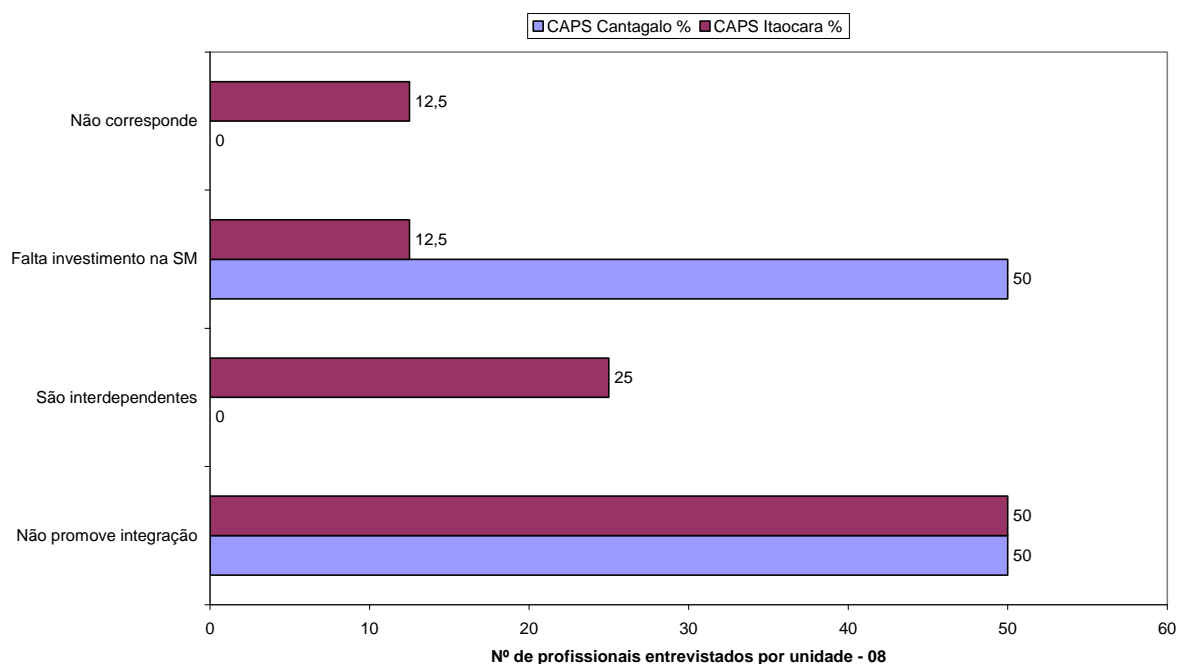
(Capítulo I). A integralidade e a intersetorialidade se constituem em eixos norteadores da política de saúde a partir da instituição do SUS e, por conseguinte da orientação do Ministério da Saúde para a política de saúde mental.

No que tange à integralidade, sua importância consiste em fundamentar uma nova perspectiva de formação em saúde, de construção de um cuidado participativo, ético, solidário que por meio da escuta dos sujeitos, que buscam atendimento em uma unidade de saúde, produzam vínculo que tenha repercussões no melhor atendimento de suas necessidades de saúde (Silva e Tavares, 2004). Ou seja, trata-se de um contraponto às abordagens fragmentária e reducionistas dos indivíduos para uma abordagem das dimensões que são constitutivas do ser humano – numa perspectiva de trabalho em rede, isto é, intersetorial.

A abordagem aos sujeitos nas unidades de saúde e demais políticas sociais precisa considerar as situações que constituem a vida desses usuários, ultrapassando a fragmentação¹⁰², promovendo o acolhimento de suas demandas e o atendimento de suas necessidades por meio da articulação com outras políticas sociais. Os serviços de saúde mental, ao proporem equipes multiprofissionais e o trabalho interdisciplinar para o atendimento da população que sofre, mentalmente, trazem a questão para o centro do debate, mas isto não é suficiente para um cuidado integral e intersetorial que busque a inclusão e a cidadania dos mesmos. Depende, principalmente, da postura assumida pelas equipes no próprio serviço, na política de saúde mental, no município, e na sua relação com outros serviços e políticas sociais. Neste sentido, este item buscou a percepção dos profissionais dos CAPS I estudados sobre a intersetorialidade e a integralidade no seu município de referência, por meio da relação estabelecida entre a saúde e a saúde mental (GRÁFICOS 17 e 18), e entre a saúde mental e as demais políticas setoriais (GRÁFICOS 19 e 20).

¹⁰² Ainda nos deparamos com algumas situações preocupantes nas unidades de saúde como a prescrição de medicação sem observar se o usuário ou família tem condições de comprá-la quando a mesma não é fornecida pelo SUS; recomendações de dietas para casos em que a ausência da alimentação básica faz parte do dia-a-dia ou sem considerar o contexto de vida do usuário; advertências sobre melhores cuidados domiciliares, ou mais atenção dos responsáveis para com criança e adolescentes que estão apresentando problemas na escola quando toda a família vive em situação de extrema pobreza, na qual os adultos precisam trabalhar para garantir a sobrevivência dos mesmos, ou ainda casos de dependência química intra-familiar, que resultam em violência doméstica ou situações parecidas. São exemplos nos quais as políticas sociais precisam se associar para garantir o acesso dos usuários e familiares a recursos básicos para que tenham suas necessidades atendidas.

GRÁFICO 17. A influência da política de saúde na política de saúde mental por município (%)



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo.

Observamos que 8 profissionais, dentre os entrevistados, 4 em Cantagalo (50%) e 4 em Itaocara (50%), consideraram que a influência da política de saúde na política de saúde mental não preservava aspectos que visassem à integração entre ambas. Seus comentários centraram-se na dificuldade de articulação com o hospital geral e com as unidades da atenção básica.

...O município é estruturado com oito unidades de PSF, por ele ter 100 % de cobertura, no município todo, eu acho que o vínculo entre os PSFs e o CAPS, ou qualquer outra instituição de saúde mental, deveria ser mais próximo. A gente busca muito esse vínculo, mas eu não observo isso nos PSFs, e a proximidade da gente em relação ao paciente. A gente não quer priorizar o paciente, marcando uma consulta (para) ele passar na frente dos outros, mas a gente também não quer que ele espere muito tempo. A gente quer que ele espere o tempo que todos os outros esperem, que os direitos sejam iguais. Então, existe muito essa falha, essa distância entre PSF e CAPS, entre saúde mental e saúde em geral. Eles jogam a responsabilidade de qualquer problema de saúde mental para o CAPS resolver e eles não tentam, eu não sei porque, uma abordagem mínima que seja para que tente resolver as questões que estão sendo trazidas naquele momento. Um exemplo é que o paciente chega muito ansioso, chora. É uma coisa que eles poderiam resolver no PSF, com uma horinha conversando com o paciente, eles encaminham para o CAPS. Eles empurram muito a saúde mental, justamente para o serviço em si e não se responsabilizam por isso. E o hospital também, até porque não é um hospital municipalizado, fica aquela coisa: o paciente de vocês está aqui. Eles não se comprometem com o usuário (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

A dificuldade da saúde, em geral, lidar com os pacientes psiquiátricos. É como se eles não fossem da rede, mas só nossos, da saúde mental (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Se a gente parar para pensar na política de saúde como um todo, a saúde mental estaria inserida nisso aí, como ter os direitos, com os princípios do SUS e se for para inserir na rede (...) talvez os usuários estivessem melhor assistidos; se os direitos funcionassem um pouco melhor, eles estariam melhores assistidos na rede... (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

A política de saúde afeta a saúde mental, quando ela não inclui. A impressão que eu tenho é de que essa palavra secundária não é a toa; é segundo plano, é todo um simbolismo. A política de saúde é uma política curativa, que trabalha com a medicalização e isso interfere muito no trabalho, pois a gente quer o contrário. Eles pensam em internação e a gente quer o contrário, pensam em hospitalização de qualquer queixa clínica geral e a gente quer o contrário; a gente quer o hospital como mais ou menos uma porta de entrada e como recurso para não internar num hospital especializado. É totalmente na contramão do que a gente pensa (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

O CAPS é a referência de saúde mental do município, não existe outro setor, dentro do município, que dê conta da saúde mental, então, todos os casos são encaminhados para o CAPS. Apesar de ter essa parceria de sempre nos encaminhar, eles se esquivam da responsabilidade sobre essas pessoas, ou seja, é “doido”, é “louco”... a responsabilidade é do CAPS; não é do Fórum, não é do Conselho Tutelar, não é da delegacia, da SMS ou do hospital. Existe isso ainda (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A questão do hospital... A gente tem uma especificidade aqui no município, que é a dificuldade de entrada no hospital, existe uma história de dificuldade que é para além do CAPS, mas que ele também está enfrentando. Então, tem alguma coisa na saúde pública do município que precisa ser revista, que passa pela questão do hospital geral aceitar melhor a reforma psiquiátrica, de entender, pois eles têm muita resistência em aceitar os nossos pacientes, seja por uma crise, seja por uma infecção de garganta... daquele paciente que tem o estigma de ser um “paciente do CAPS” (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

A questão do atendimento no hospital geral e no PSF, os médicos já têm uma abertura para atender os usuários e depois encaminhá-los aos CAPS (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Outros profissionais (1 em Cantagalo e 4 em Itaocara) citaram que a influência da política de saúde na política de saúde mental se caracteriza pela ausência de investimento. Os entrevistados abordaram os aspectos desta falta de investimento citando questões como a formação e a capacitação profissional, a estrutura dos serviços e recursos humanos e questões político-partidária.

Tem a influência de o município ser muito distante de outros lugares, da instância mais central. Isso afeta também o compromisso com a formação

dos profissionais, o estudo formal e o informal. A educação permanente é muito importante para estar alimentando a interação entre os serviços, o trabalho em rede efetivamente. Agora, aqui no município, eu acho que há uma preocupação em manter os equipamentos funcionando, atendendo a população, mesmo que a qualidade não seja boa; é uma relação numérica e que ninguém chegue à prefeitura para reclamar que não foi atendido. Essa é a ênfase. E aí, ou não se dá oportunidade, ou se poda a possibilidade que existe das pessoas tentarem produzir um trabalho de qualidade, em rede com a saúde mental (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A saúde mental tem ocupado um lugar mais presente há pouco tempo. (...) a Saúde mental não tem campo, nem dentro da saúde pública no hospital geral, e nem e no âmbito da atenção diária, dos CAPS. Tem-se lutado, bastante, por esse esforço, de extinção da prática asilar. A implantação dos CAPS, com as diretrizes da Reforma, talvez tenha uma importância maior, pois já existem vários CAPS no estado do Rio, tem a equipe que é preparada, pois percebo que há qualificação das mesmas nas cidades maiores; o que no interior fica atravancada pela questão política, pois...talvez não seja do interesse mesmo que essas pessoas saiam e se preparem, porque talvez isso implica em inserir o usuário na comunidade e aí isso dá problema, porque as pessoas querem se livrar da doença mental, porque ela é angustiante. É mais conflitivo para a comunidade ter que dar conta deles ali com as suas diferenças, que entender que tem um lugar para eles irem e ficarem o dia inteiro e, à noite, retornam (para casa) e dormem; e durante o dia, a comunidade está a salvo de todas essas “perturbações”. Acaba sendo assim. Tem uma valorização nos Centros de Atenção diária, a implantação dos CAPS foi fundamental para se ter um outro olhar. Mas os outros espaços como os postos de saúde - nos PSFs - aqui não há psicólogo, tem fono, fisioterapeuta, nutricionista, tem uma equipe multiprofissional, mas não há psicólogo - acho que isso, por si só, é bastante sintomático do lugar que a saúde mental ocupa. É um olhar que todos os profissionais da saúde deveriam ter, não precisa ser psicólogo, nem psicanalista para entender que aquela queixa é somente física ou se tem outras questões envolvidas para se fazer um encaminhamento adequado. Se você não entende minimamente e não ouve o que o paciente diz, obviamente você não vai tomar a melhor direção para o caso. E aí fazem encaminhamentos que não condizem com a necessidade do paciente ou se deixa de fazer coisas. No hospital que trabalhei, chegava uma mulher sempre pedindo para medir a pressão dela porque estava alta, sempre se verificava e se via que estava boa. E aí um belo dia, alguém se dispunha a ouvir essa mulher e aí ela conta que o marido está preso, que o filho está no tráfico. Então, a pressão que essa mulher estava vivendo era outra, era essa que ela pedia para as pessoas tirarem, mas aí há um descrédito; as pessoas, quando vêem essa paciente, já dizem que não é nada: “manda embora” e não conseguem perceber que ali há um sofrimento, não do corpo, mas psíquico, e que não é menos importante que do corpo e vice-versa; eles se conjugam. Se houvesse um preparo maior, no sentido geral, não só aqui no município, mas na saúde mental dentro da atenção diária e na saúde de forma global, a gente teria sim serviços de saúde com muito mais qualidade. Ninguém precisaria ter olhar de psicanalista para isso, é só ter um olhar de respeito, entendendo que ali tem um ser humano, que é complexo, que tem muitas questões que o atravessam. É uma questão de formação (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Espero que se consiga implantar o NASF. O valor em dinheiro que a Saúde Mental traz para o município é pouco em relação ao PSF, que é a menina

dos olhos; o gestor se dedica mais ao PSF que ainda trabalha mais no âmbito curativo que de prevenção (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

A lei de responsabilidade fiscal, pois acho que a saúde mental é basicamente recurso humano para funcionar, mas a lei de responsabilidade fiscal impede algumas coisas (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

É difícil separar, estanquizar. Na saúde mental sentimentos não se separam. Havia um projeto no governo Brizola, em 1983 que antevia algo como CAPS, um serviço de bases comunitárias, Postos de Saúde que tivessem equipes multidisciplinares. Hoje, mesmo governos de esquerda, ao qual pertencem, consideram a saúde mental como apêndice (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Alguns profissionais sinalizaram pontos positivos desta influência da política de saúde na saúde mental, citando a interdependência entre esses setores. Seus comentários sugeriram a importância de serviços estruturados e de apoio financeiro.

Tudo está ligado; a saúde mental está na saúde, no SUS. São interdependentes e vice-versa. E o município fica com falha quanto não tem a saúde mental estruturada (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Afeta no sentido financeiro, se a saúde mental é vista com esse valor, da importância que se dá dentro da política nacional, destas políticas específicas de saúde mental estarem fazendo parte desse corpo; de não haver uma política geral que minoriza a saúde mental, ou até chega a boicotar a saúde mental. O SUS e o PSF, que têm sido adotados em quase todos os municípios, facilitam a saúde mental. O PSF é uma política nacional que vem de encontro com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Então, se a política de saúde em geral vê importância na saúde mental, não a relega, isso afeta (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Outros entrevistados citaram diversas formas de influência, entretanto, salientaram a necessidade de parceria entre saúde e saúde mental e entre gestores e profissionais para que isso aconteça, como ilustram os comentários que seguem.

Afeta de forma fundamental, pois se a saúde não é participativa, a saúde mental não evolui (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Depende da política dos nossos superiores na saúde, não depende só da gente (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

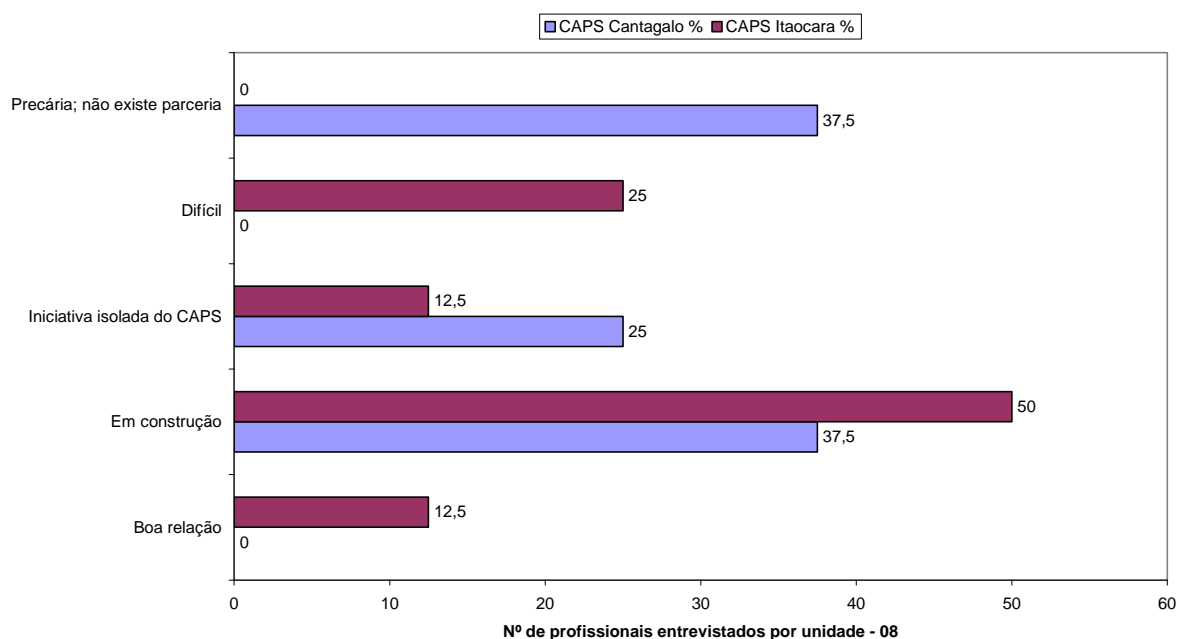
Na concepção dos entrevistados, a formação dos profissionais, a preocupação com a capacitação, com o investimento em recursos humanos e estrutura para os serviços, são aspectos que demonstram a influência da política de saúde na saúde mental, tendo em vista

que são políticas interdependentes e orientadas por princípios presentes na Lei Orgânica da Saúde e legislações complementares.

Sendo assim, a política municipal ao priorizar tais aspectos, intermediando a articulação entre o Programa de Saúde Mental, através do CAPS, e outros níveis de atenção básica e hospitalar, contribuiria no entendimento do usuário da saúde mental como usuário do sistema único de saúde, e assim fortalecer a perspectiva de rede. Assumir esta postura, exigirá que a saúde mental deixe de ser “apêndice”, que saia do “segundo plano” - conforme considerações dos profissionais entrevistados - e ocupe lugar diferenciado na relação com a política de saúde nos municípios.

Essa relação, na percepção de alguns dos profissionais entrevistados, encontrava-se em construção, mas para a maioria de ambos os CAPS ela ainda se colocava de forma precária ou difícil, e sempre com a iniciativa isolada do serviço de saúde mental, conforme demonstrado no GRÁFICO 18.

GRÁFICO 18. A caracterização da relação entre a política de saúde mental e a política municipal de saúde por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Observamos que 7 entrevistados, sendo 3 em Cantagalo (37,5%) e 4 em Itaocara (50%) definiram que a relação entre a saúde e a saúde mental está em construção, sinalizando o caráter contínuo das ações dentro da perspectiva de cuidado intersectorial e integral no

âmbito das políticas públicas. Seus comentários abordaram o fato dos serviços das outras políticas ainda não se responsabilizarem por este tipo de cuidado, juntamente com o CAPS e que, mesmo em ações que não caberiam à saúde mental, requeriam - às vezes exigiam - a presença de um profissional da saúde mental para que o atendimento se realizasse. Neste sentido, alertaram para a ausência de compromisso com os usuários e também para a falta de preparo de alguns profissionais de outros setores para lidar com os aspectos subjetivos no atendimento.

Quando iniciamos, havia uma dificuldade maior no contato, porque tanto nós quanto eles (PSF) estávamos nos familiarizando com o trabalho. Mas também pela cultura de que paciente CAPS é só nosso, tem muita coisa para melhorar (Terapeuta Ocupacional - CAPS Cantagalo).

No PSF a gente está tentando construir algo e é melhor recebido. A maior dificuldade é com o Hospital Geral. A relação está em construção (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Temos conseguido trabalhar, mas precisamos melhorar. Precisamos fazer mais junto e estamos tendo reuniões. Construir juntos e encaminhar menos (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

É favorável, porém eles não se responsabilizam, jogam tudo em cima do CAPS, é saúde mental é problema do CAPS, não é nosso. Às vezes pode ser uma dor de cabeça, mas.... (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A gente está abrindo essa rede agora. Nós tivemos reuniões no mercado municipal – Centro de Saúde com os PSF's – médicos, agentes de saúde, enfermeiros; com o Conselho Tutelar, com o Alcoólicos Anônimos, com o Hospital Municipal, com o Bombeiros e a Secretaria de Ação Social. De todas essas reuniões eu estive na do PSF, que encheu. Está acontecendo em dois momentos: assistindo a vídeos do Ministério da Saúde e depois fazendo perguntas (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Com o PSF por meio dos eventos que estamos realizando com eles, e quando nos encaminham pacientes, há parceria. Com o hospital geral há certa resistência por parte deles (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Já melhorou, mas ainda tem muito o que caminhar. Com o PSF houve um avanço significativo, mas o trabalho em saúde mental é infinito no meu ponto de vista. Há uma boa aceitação dos usuários da saúde mental dentro dos PSFs e até no hospital geral, mas se for para ambulatório, para consulta. A dificuldade é para internações de curta duração, pois eles se sentem temerários com isso; até para internações clínicas é tranquilo, para alguma intervenção cirúrgica; mas, se for surto psiquiátrico para mantê-lo durante pelo menos 48h para observação, é difícil. Então, para ambulatório, para internação clínica, solicitação de exame... até pelo telefone a gente consegue, ou orientando o paciente a dizer que é paciente do CAPS. E a gente incentiva para que eles mesmos possam ir. No PSF tem caminhos que a gente pode estreitar mais, como por exemplo, com os agentes comunitários de saúde - ele pode ajudar muito o CAPS na Zona Rural, pois tem lugar que

nem tem ônibus todos os dias Mas esse trabalho com os agentes ainda não funciona de forma sistemática; não tem uma política pública arrumada neste sentido; são ações isoladas (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

As iniciativas isoladas do CAPS na busca dessa relação com a política de saúde foram citadas por 3 profissionais, sendo 2 no CAPS de Cantagalo (25%) e 1 no CAPS de Itaocara (12,5%). Os profissionais trouxeram exemplos como o assessoramento às unidades de PSF, ao Hospital Geral e unidades da política assistência social a fim de promover a atenção integral ao usuário, mas seus comentários sobre o tema indicaram que não existe uma troca sistemática entre a rede e o CAPS.

O CAPS tenta buscar muito o apoio. A gente, enquanto equipe, busca muito um bom vínculo com o PSF, com o Hospital e fora outros serviços como a assistência social, a Pestallozzi. (...) Um dos exemplos que a gente tem foi montar um protocolo de como deveria ser o atendimento no Hospital; as comissões para que cada um ficasse responsável por um PSF para tentar fazer essa aproximação. Até mesmo o fato da gente enviar um convite para os parentes para buscá-los para o serviço. Acho que quando a gente conseguir fechar para que os produtos que eles fazem ir para uma loja, para buscar que outras pessoas tenham interesse (é um exemplo). Essas questões, a gente busca muito, corre muito atrás. Agora, eu não vejo o inverso, eles não têm a mesmas características. É uma relação de mão única do CAPS em direção a eles (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Não há profissionais de saúde mental na atenção básica, agora que está começando a parceria, porque ela não é ainda firme. A proposta do NASF vai ser a abertura para que isso se coloque. Sempre estivemos muito mais presentes neles. Com o PSF a relação é boa, com o Hospital geral temos o protocolo de atendimento e com o PAM – Policlínica está iniciando. Trabalhamos com a Vigilância Sanitária na parceria sobre a dengue, com a Central de Regulação que é um dispositivo da Secretaria de saúde municipal (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Tem se buscado, por parte do CAPS, um maior entrosamento através das conferências com profissionais. Os profissionais daqui têm uma boa entrada no Hospital Geral. As Agentes Comunitárias de Saúde são muito atuantes, com boa receptividade para a saúde mental (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Outra característica desta articulação, entre saúde mental e os serviços da política de saúde, apontada pelos profissionais era acontecer quando algum problema se manifestava, e que, para resolvê-lo, os serviços necessitariam de estabelecer uma ação conjunta. Consideraram, ainda, que não existia parceria em si, mas sim uma relação precária que se explicava pela cultura - que permeia a prática de muitos profissionais - que o usuário em sofrimento psíquico seria responsabilidade apenas da saúde mental, ignorando outras dimensões de vida do mesmo. Essa precariedade na relação foi citada apenas pelos

profissionais do CAPS de Cantagalo (3 dentre os entrevistados = 37,5%) que envolvem a questão cultural citada, a dificuldade de recursos para essa aproximação em virtude da distância real, em relação a algumas unidades localizadas na zona rural do município, a distância simbólica traduzida pelo trabalho isolado, sem articulação com outras áreas.

Uma prática intersetorial sistemática está bem incipiente ainda. O que ocorre é que aparece demanda de alguns casos e aí a gente entra em contato com PSF, hospital, com assistência social e, por exemplo, aí já entra na sua atuação, porque em geral você fica encarregada por entrar em contato com a assistência social, com secretaria de obras, e isso acaba ficando mais concentrado. Eu acho que isso não circula muito entre os outros e fica restrito a um profissional. A questão dos PSFs, acabou que eu desenvolvi mais porque era meu interesse de pesquisa, as outras pouco fizeram. Com o hospital é a mesma coisa. Então, ainda é meio apagando incêndio; quando acontece alguma coisa a gente entra em contato. Não existe uma parceria de atuação (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A gente tem tentado fazer, construir essa rede, ter essa comunicação com as outras equipes: teve a idéia da aproximação com os PSFs que também não foi levada muito à frente por dificuldades de locomoção também. Eu fiquei num PSF que é muito distante e as duas vezes que eu marquei o carro, foi pedido e não teve; e agora a gente não tem carro, quando tem carro é pelo período de uma hora por dia – não dá nem para chegar lá. Então, as coisas ficam muito travancadas... É muito difícil, mas acho que a gente tem tentado (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

É muito difícil falar isso, porque eu conheço muito bem a atenção básica, mas eu penso que funciona como uma válvula de escape... a saúde mental é só no CAPS; ninguém absorve a nossa demanda, nós somos sozinhos. Não tem uma boa articulação (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Outros 2 entrevistados (25%) identificaram que a relação entre a saúde mental e a saúde era difícil. Esta dificuldade foi citada apenas pelos profissionais de Itaocara, que mencionaram o preconceito ou reservas dos profissionais dos outros serviços em relação aos usuários de saúde mental. Isto indica, novamente, para despreparo dos profissionais de outros setores (seja este técnico ou emocional) para lidar com a dimensão subjetiva presentes nos atendimentos¹⁰³.

Ainda existe muito preconceito que chega à recusa de atendimento no Hospital Geral do município, por exemplo (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Há alguma reserva do Hospital geral, alguns profissionais médicos. Com os demais setores poderia se aprofundar mais (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

¹⁰³ Reflexões a este respeito encontram-se no Capítulo I.

Dentre os entrevistados em ambos os CAPS, apenas 1 profissional citou características positivas na relação entre a saúde mental e a saúde¹⁰⁴.

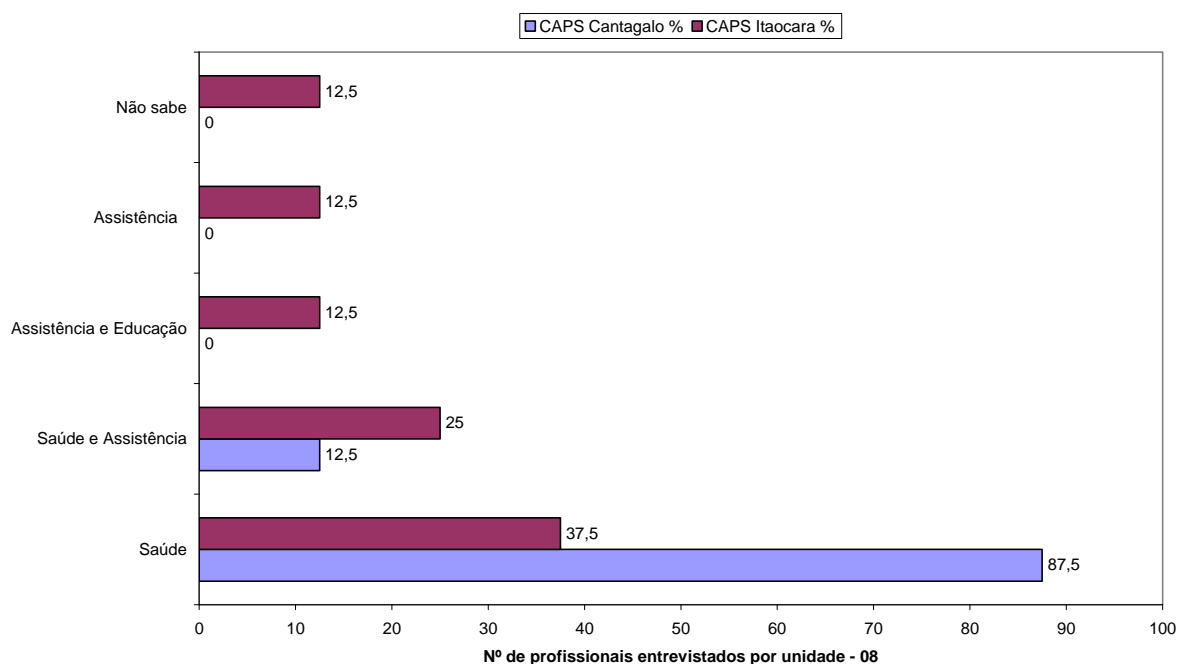
Tem uma relação boa: a gente trabalha com os PSFs que são nossa ligação em todo o município, é a forma como a saúde mental chega aos distritos mais distantes. A gente fez um evento com os Agentes Comunitários de Saúde no sentido de tentar se articular com eles para melhorar a nossa assistência (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Os profissionais indicaram que as ações do SUS, no âmbito dos municípios, encontram-se fragmentadas, tendo em vista que as outras instâncias ou serviços da política de saúde tinham dificuldade para conceber o CAPS ou outro serviço de saúde mental, pertencente à rede de serviços de saúde. As características que expressavam maior preocupação apareceram no CAPS de Cantagalo, conforme a percepção da maioria dos profissionais (62,5%) que apontou para parceria precária ou para as iniciativas isoladas do CAPS. Em Itaocara, apesar das dificuldades, os profissionais apontaram para uma parceria em construção e uma relação positiva (62,5%). Entretanto, em ambos os serviços, alguma dificuldade se colocou nesta relação no âmbito da política de saúde.

Mesmo reconhecendo as dificuldades de parceria com os outros serviços da política de saúde, ainda assim os profissionais de saúde mental destacaram-na como a maior parceira e com a qual há maior articulação entre as ações. Isso se mostrou na percepção de maioria dos entrevistados em ambos os CAPS (GRÁFICO 19).

¹⁰⁴ Este profissional atuava, especificamente, na saúde mental voltada para crianças e adolescentes, e com os responsáveis por esses usuários, dentro do CAPS de Itaocara. Além de respaldado pela Lei de Reforma Psiquiátrica - a lei 10.216/2001 - as ações com criança e adolescentes também dispõem do Estatuto da Criança e do Adolescente – lei 8069/ 1990 que garante aos mesmos a prioridade de atendimento. Dizer isto não significa que as ações nesta área ocorram sem problemas, mas que havia uma prioridade do CAPS de Itaocara para esta demanda, como poderá ser observado adiante. O mesmo não ocorria no CAPS de Cantagalo. Este profissional também era o que tinha menos tempo de experiência na saúde mental: trabalhava no CAPS há cinco meses na época da entrevista, muito embora o seu contato com a instituição existisse desde o estágio, que foi no mesmo local.

GRÁFICO 19. A política municipal que mais se relaciona com a saúde mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Os profissionais entrevistados destacaram 3 políticas setoriais com as quais a articulação de ações com a saúde mental se dava mais frequentemente, dentre elas a saúde, a assistência social e a educação. Elas foram indicadas de forma isolada ou associada à outra política, o que indica a construção do trabalho em rede.

A maior articulação com a saúde pode ser a origem da variedade de problemas destacados pelos profissionais a partir dos comentários que explicavam os dados do gráfico anterior, nas diferentes instâncias de saúde como as unidades básicas, as unidades especializadas ou de atenção secundária e os hospitais gerais.

A política municipal de assistência social também foi indicada pelos entrevistados em ambos os serviços, sendo que a maior indicação foi dos profissionais do CAPS de Itaocara. Tal articulação ocorre, principalmente, com usuários que são incluídos no Benefício de Prestação Continuada – BPC, já abordado anteriormente, no Programa Bolsa Família e no fornecimento de cestas básicas. Podemos afirmar, de forma empírica, que isso se relaciona ao fato de parte significativa dos usuários da saúde mental apresentar como características de seu perfil¹⁰⁵ renda familiar baixa ou insatisfatória para garantir suas necessidades básicas de

¹⁰⁵ Em estudo realizado por Oliveira (2006), no Hospital Dia Ricardo Montalbán, da Unidade Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ em 2006, 12 usuários (60%) tinham renda familiar de 1 salário mínimo e 1 usuário (5%) sobrevivia com menos que um salário que à época estava cotado em R\$350,00 reais. Tal estudo se originou de projeto de avaliação em serviço elaborado como exigência de disciplina de

sobrevivência, ausência de condições para o trabalho formal em alguns casos (critérios do BPC) e outros terem filhos na composição familiar (um dos critérios para a inserção no Programa Bolsa família). Todas estas ações, no âmbito da política de assistência social, observam como critério a vulnerabilidade das famílias para inserção nestes programas de proteção social. Tal articulação em geral fica sob responsabilidade da (o) Assistente Social do CAPS, que dependendo de sua atuação, poderá convocar outros profissionais nestas tentativas de provocar a intersetorialidade e integralidade entre as políticas¹⁰⁶.

A política de educação foi citada por apenas 1 profissional (12,5%) em Itaocara, o que se relaciona ao fato do CAPS atender demanda infanto-juvenil conforme já citado. A pouca articulação da saúde mental com esta política sinaliza que não tem sido observado em ambos os serviços a baixa escolaridade dos usuários adultos de saúde mental, principalmente os que têm sofrimento psíquico de longa evolução¹⁰⁷. Essa baixa escolarização é um fato que demonstra a necessidade de maior articulação entre essas duas áreas.

Apenas 1 entrevistado afirmou que não sabia qual a política que mais se articulava com a saúde mental nesta questão e ratificou ao avaliar a articulação da saúde mental com as demais políticas no município. Seu comentário sugeriu ações com características ambulatoriais, assim como de muitos outros entrevistados no CAPS de Itaocara, conforme foi abordado em outro momento.

Difícil dizer, pois não estou inserido na comunidade para perceber isso. Eu atendo e vou embora (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

A perspectiva da intersetorialidade constitui-se em orientação crucial para a construção da rede de assistência no âmbito das políticas públicas e, dentre as outras políticas

Estágio Supervisionado na graduação em Serviço Social e resultou no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O estudo foi realizado com os 39 usuários cadastrados no serviço.

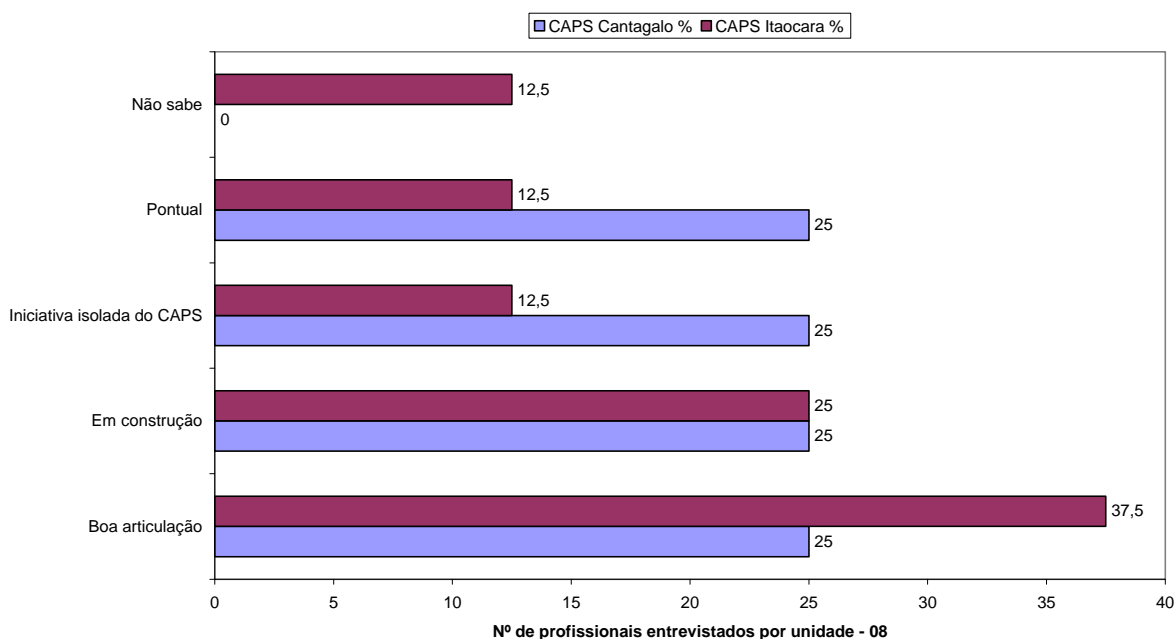
¹⁰⁶ Um estudo de extrema importância para a reflexão sobre a prática dos assistentes sociais na área da saúde encontra-se no livro “A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde” de Vasconcelos (2002), resultado de estudo de sua tese de doutorado defendida em 1999 pela UFRJ. Nela a Professora Ana Maria de Vasconcelos reflete sobre as possibilidades e limites da prática do assistente social para uma prática militante em favor dos direitos dos usuários do serviço social na área da saúde em consonância com os princípios do Código de Ética profissional, com o Movimento Sanitário e os avanços decorrentes deste. Cabe ressaltar minha experiência como bolsista de pesquisa pelo CNPq, por aproximadamente 3 anos, durante a graduação em Serviço Social, em estudo que deu seqüência a este livro. Tal seqüência abordou a prática dos profissionais de saúde dos hospitais universitários, na cidade do Rio de Janeiro.

¹⁰⁷ Este dado surgiu da experiência em Saúde Mental, no CAPS de Cantagalo e sugerida pela análise desta pesquisa, tendo em vista a iniciativa dos profissionais de Itaocara de promover ações do Programa Brasil Alfabetizado dentro do CAPS, que será abordada posteriormente. O estudo de Oliveira (2006), já citado, também apontou para este fato quando se constatou que: 15 usuários (38,5%) tinham 1º grau incompleto; 5 (12,8%) tinham o 1º completo – portanto, a maioria ou 20 usuários (51,3%) tinha até o 1º grau.

destacadas pelos profissionais com maior articulação com a saúde mental observou-se apenas a assistência social (12,5% em Cantagalo e 37,5% em Itaocara) e a educação (12,5% em Itaocara). Ressaltamos que isso não significa a ausência de articulação com outras políticas, mas que ela acontece com menor intensidade no dia-a-dia dos serviços.

Sendo assim, a articulação entre a política de saúde mental e as demais políticas (GRÁFICO 20) pode ser classificada como boa articulação (positiva); articulação em construção (com algumas características positivas); articulação precária ou pontual, pois estava centrada na iniciativa isolada do CAPS, ou se dava com outros aspectos negativos; e os que não sabiam sobre o tema.

GRÁFICO 20. Avaliação da articulação da saúde mental com as outras políticas municipais públicas por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os entrevistados, 5 avaliaram, positivamente, a articulação da política de saúde mental com as demais políticas públicas, sendo 2 no CAPS de Cantagalo (25%) e 3 no CAPS de Itaocara (37,5%).

Tem uma boa articulação com a assistência social, apesar de algumas divergências de abordagem de conduta. Com a educação, a gente nunca teve uma experiência direta (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Acho que com a Assistência Social é boa em certa medida. Com o Ministério Público é amistosa, mas nós recorremos pouco a ele. Com a Educação, a parceria é frágil, mas existe (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Temos uma integração muito boa com a Secretaria de Ação Social. Com a Secretaria de Educação, com o Conselho Tutelar. Com o hospital, hoje está sendo um pouco melhor, apesar dos impasses que a gente tem com um médico assistente lá dentro. Se chega um paciente lá, eles querem mandar para Bom Jesus, o CAPS tem que estar lá, caso contrário não atendem...hoje está um pouco melhor (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A Secretaria de Assistência Social é a que dá mais apoio... A gente solicita passes para pacientes que não podem custear a passagem e eles são muito rápidos no atendimento dessas solicitações. Os bombeiros, também, e nós teremos reuniões com eles também (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

A administração nos apóia em todas as decisões; a Assistência Social, quando precisamos de bolsa-alimentação, e também com a integração de famílias no Programa Bolsa Família. Mas isso tudo fica mais a cargo da assistente social do serviço (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Outros destacaram algumas características positivas, por isso consideraram que a articulação estava em construção. Foi apontada por 2 profissionais (25%) em cada CAPS.

A gente tem tentado articulações não só com os outros serviços de saúde, mas também com a Pestalozzi, que é a única referência para atendimento de criança no município. O Conselho Tutelar é uma forma também de cuidado. Com a Assistência Social, com os pólos de programas na comunidade, buscando a participação dos usuários em cursos. Com as escolas, a gente não tem tido proximidade. Acho que essa articulação está menos conflituosa que o cenário que a gente encontrou. Antes se rechaçava qualquer contato com essas instâncias e segmentos e aí tinha um conflito, uma guerra em que o outro não fazia nada e a gente não fazia nada, e aí ninguém se movimentava e não se construía nada. Pelo menos eu tenho tentado; (antes) no momento que se chegava propondo uma medida mais radical, ao invés do Conselho tentar um diálogo com a gente, com a Pestalozzi, uma abordagem com os pacientes, ia-se direto ao Ministério Público... Em alguns momentos, eu consegui que isso não chegasse a uma esfera tão elevada, se realmente não fosse necessário; não tem nenhum problema se for necessário, mas acho que outras coisas podem ser tentadas no sentido de construir esse diálogo, mesmo com esses outros setores, e aí construir uma rede. Eu não tenho percebido o crescimento da negociação em alguns casos, mas eu acho que temos tentado, e não acho que ninguém faça isso de maldade, mas é coisa cultural, já instalada de um funcionamento que é desse nível, de não ter um investimento - de ir lá, procurar saber, de conversar - e tentar fazer esse trabalho em rede. Dá muito trabalho fazer isso (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Tudo está em construção. O CAPS tem 5 anos. O nosso primeiro objetivo foi localizar os usuários com a porta de entrada, mas sem perspectiva de porta de saída, ou se tinha não era identificada. As pessoas estão começando a ver com outros olhos e pode haver resistência de um ou outro profissional (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Ainda pode ser muito melhorada e tem iniciado isso. Com a questão do idoso, da Pestalozzi; o conselho tutelar também nos encaminha casos (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Com as outras já melhorou. Com a Educação não há nada sistemático, mas quando envolve algum interesse. E isso é para todos, inclusive a Ação Social. E a visão que eles têm do trabalho é parcial; precisaria avançar nesse sentido (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Os outros mencionaram uma articulação insatisfatória, pois dependia da iniciativa do CAPS, ou se dava em situações que objetivavam resolver problemas ou emergências em momentos precisos. Este tipo de articulação, citada por 4 profissionais em Cantagalo (50%), sugerem em seus comentários, problemas decorrentes deste tipo de articulação como a insatisfação das respostas das outras áreas; a raridade com que acontecem; e os objetivos imediatistas.

A gente tenta buscar, como foi respondido naquela outra questão, mas é uma via de mão única [...] não vemos a contrapartida. (...) É mão única mesmo, a gente quer buscar, mas não tem uma resposta satisfatória em qualquer ação que a gente tente extra-saúde (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

É mais a nossa procura para tentar integrar nossos usuários a estes serviços. Já houve solicitação de professores, mas são raros casos (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Também é incipiente ainda, como já disse antes (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A primeira demanda é urgência; com a Secretaria de Apoio e o Conselho Tutelar (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Os profissionais de Itaocara que citaram este tipo de articulação – 2 dentre os entrevistados (25%) – também mencionaram a focalização das ações, entretanto seus comentários ilustram que, ainda assim, aspectos positivos resultavam dessa articulação como a credibilidade em relação ao CAPS e à abertura para a saúde mental.

Não é muito intensa... é esporádica e se dá pela necessidade. O conselho tutelar é um deles, por exemplo. Mas o CAPS tem um credibilidade com esses setores (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

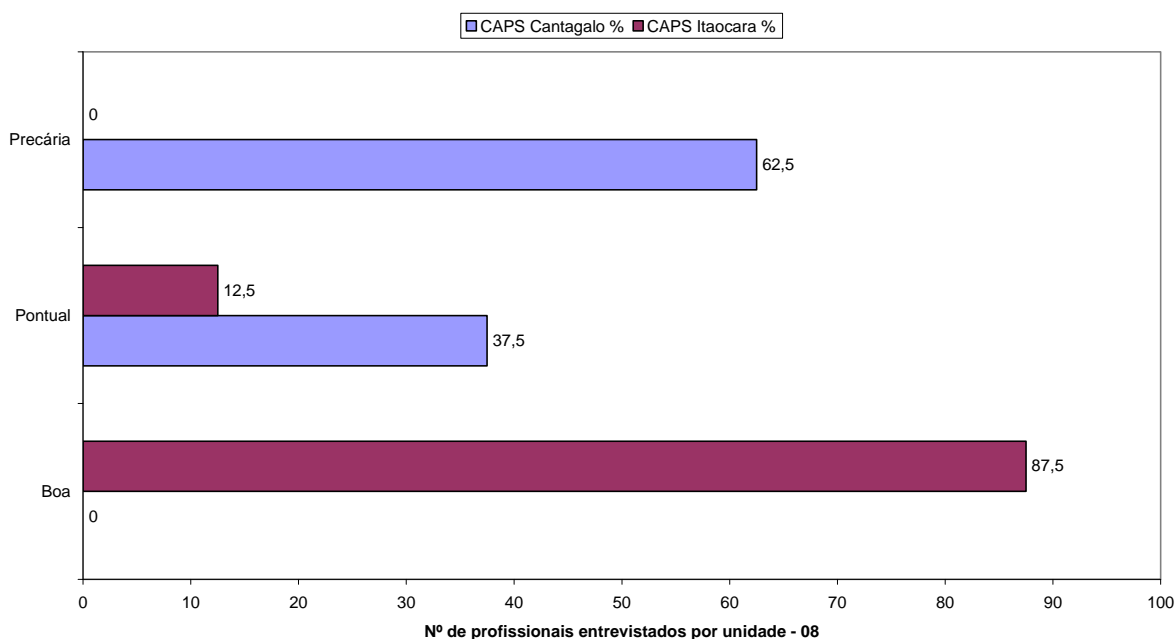
Com a melhor divulgação do serviço, do que é o CAPS, a gente pôde entrar melhor nessas outras áreas. Eles puderam entender melhor o que é um paciente de Saúde Mental (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

A articulação mencionada, ainda que resultasse em pontos positivos, não favoreceria à construção da rede de assistência e de processos intersetoriais, tendo em vista que o objetivo das ações visava tão somente a resolver questões imediatas, sem estruturar ações de longo

prazo, de melhoria das políticas mencionadas. As ações precisam de ser sistematizadas para que alterem a orientação da política pública nos municípios, pois, nesta medida, implicariam envolvimento e parceria entre profissionais de diferentes áreas, os gestores municipais, a comunidade e usuários, deixando de ser ação, ou reivindicação de um determinado grupo, para traduzir-se em anseio do coletivo.

A necessidade de ações sistemáticas se confirmou na caracterização da articulação do CAPS com a rede de serviços no município. Tal postura teve maior ênfase nos comentários dos profissionais de Cantagalo, mas também se manifestou na opinião dos entrevistados em Itaocara que apontaram como fatores a falta de divulgação do serviço, a iniciativa particular de alguns profissionais, que muitas vezes não ilustra a postura da equipe, e a ausência de uma cultura intersetorial. Este último fator pode resultar da organização dos serviços, da articulação entre as políticas, e, da própria formação profissional. O GRÁFICO 21 ilustra a percepção dos profissionais sobre o tema.

GRÁFICO 21. Caracterização da articulação do CAPS com a rede municipal de serviços por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os que consideraram a articulação do CAPS com a rede de serviços precária, seus comentários explicitavam a tentativa do CAPS para construir esta articulação e as dificuldades encontradas como a ausência de conscientização e conhecimento sobre o tema, e de compromisso com as ações.

Não sei determinar, exatamente, como ocorre, pois na verdade, a gente busca articulações, mas a gente também é meio falho porque a gente busca apoio, mas não faz muita coisa em relação à conscientização, não divulga certas coisas que se busca como proposta para o serviço; fazemos um pouco sozinhos, sem divulgar (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Está em andamento, mas ainda é precária (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Muito precária; engatinhando, mas eu tenho tentado; nós estamos a pouco tempo aqui e eu sozinha não sou nada. Alguns profissionais têm essa postura e tentam sim, mas têm outros que não, porque realmente dá trabalho e é muito mais fácil vir e cumprir a carga horária, receber o salário no final do mês sem muito desperdício de energia (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

A articulação é um pouco falha. Por serem pacientes da saúde mental, alguns profissionais acham que essa pessoa não é da rede. Era pior, já melhorou. A gente já conseguiu problematizar isso com os outros profissionais (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Está em construção. Falta organograma, fluxograma. Precisa fortalecer-se fora das emergências. O usuário força a interseção da rede. A gente se afina com o que sente mais próximo. É difícil, pois se faz pela dependência, necessidade, não pela implicação (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Outros consideraram a relação/articulação pontual e citaram a prática de encaminhamento de casos sem buscar resolver, de forma conjunta, as questões trazidas pelos usuários. Esta atuação conjunta, em momentos específicos, foi citada por 3 profissionais em Cantagalo (37,5%) e por 1 profissional em Itaocara (12,5%).

Acho que eu já respondi: é muito pontual, depende de um caso específico (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Existe uma articulação boa com alguns serviços e carente com outros. Falta aproximar mais da Pestalozzi, da Assistência Social; poderia melhorar mais é com a Atenção Básica, estar mais próximo. Não sei se você pensa ou vê isso, mas eu vejo de forma muito distante; quando eles precisam, aí eles correm atrás, quando tem um caso lá na comunidade que eles estão precisando, que está interferindo no serviço deles e que eles estão sendo cobrados por isso, eles correm atrás; mas quando é a gente que precisa deles é tudo mais difícil, a gente tem que pedir favor; a gente está muito sozinho; eles nos têm como auxílio direto, quando precisam, para desafogar, mas nós, quando precisamos de um atendimento clínico, de uma avaliação, é tudo muito difícil, não tem um retorno. Tem unidades de saúde da atenção básica que são ótimas de lidar, (...) mas eu vejo que alguns deles são negligentes; o que seria uma coisa fácil, eles encaminham, não querem saber o que é; é muito mais fácil se livrar, encaminhar. Às vezes, tem um usuário nosso que vai lá, você sabe que ele tem um problema, e eles mandam para cá (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Temos conseguido a relação, mas ainda na demanda de emergência (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Ainda é no sentido de abafar, apagar incêndio, controlar a crise (Psiquiatra).

Apenas em Itaocara, os profissionais consideraram que as características da articulação do CAPS, com a rede de serviços, eram positivas. Tal característica foi sinalizada por 7 dentre os entrevistados (87,5%), como ilustram os comentários abaixo.

É boa, mas deixa a desejar no sentido da responsabilidade que jogam para gente o tempo todo. O não querer ouvir (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A gente está em interação intensa e permanente com as escolas, com a justiça, com hospital, com Conselho Tutelar, com o asilo – porque tem pacientes que moram lá; a Kombi da Pestalozzi que traz as crianças para cá, então é uma interação permanente (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Vejo de forma positiva. Há um reconhecimento das pessoas em relação à Saúde Mental; talvez a criação, em outros municípios, facilitou isso (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Muito boa (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Boa por conta de vários anos de existência do CAPS, e ele foi ganhando credibilidade, aceitação, espaço na sociedade. Mas para mim, esse caminho é infinito e poderia se estreitar um pouco mais para tornar as ações mais sistemáticas, e não esporádicas e emergenciais, pois as ações sistematizadas são mais eficazes (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

O CAPS tem uma boa relação e aceitação por parte da rede (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Boa (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Apesar da maioria dos entrevistados, em Itaocara, ter sinalizado características positivas, 2 profissionais, dentre estes, apontaram que ainda existe uma responsabilização do CAPS quanto ao cuidado desses usuários e a ausência de uma articulação sistemática entre os serviços, ou seja, fora das demandas emergenciais. Os outros 5 profissionais citaram fatores como a interação permanente entre os serviços, aceitação e o reconhecimento do CAPS pela rede, que demonstravam uma relação positiva, ou muito positiva, entre o CAPS e os serviços. Ainda, desconsideraram as dificuldades, sinalizando os aspectos positivos, sem ressalvas à iniciativa isolada do CAPS e à falta de integralidade e intersetorialidade que abordaram em outros momentos da entrevista.

Isso não significa negar a importância de fatores como a interação entre os serviços e o reconhecimento do CAPS pela rede, mas de pensá-los dentro das possibilidades e limites que o cenário municipal apresentava à articulação entre os serviços e as políticas públicas

determinando o formato desta articulação; ou seja, se sistemática ou assistemática, se favorecia à troca de informações entre os serviços para o cuidado integral, dentre outros fatores. Neste sentido, as percepções dos profissionais, sobre a integralidade e intersetorialidade entre a saúde mental e as demais políticas públicas, indicaram a necessidade de problematizar a contribuição de cada setor para que a atenção em saúde superasse o formato fragmentado das ações.

Sendo assim, a construção da intersetorialidade e da integralidade, no cuidado em saúde, tem se apresentado como um processo difícil, com muitas dificuldades de superar, tais como o privilégio do atendimento restrito ao ambiente institucional, não avançando para uma articulação na comunidade com os recursos que esta dispõe e a atenção fragmentada. A possibilidade de superação deste modelo poderia se dar por meio do envolvimento maior das demais políticas neste processo de formação de rede, no dia-a-dia dos serviços, conforme será abordado no item que segue (3.5).

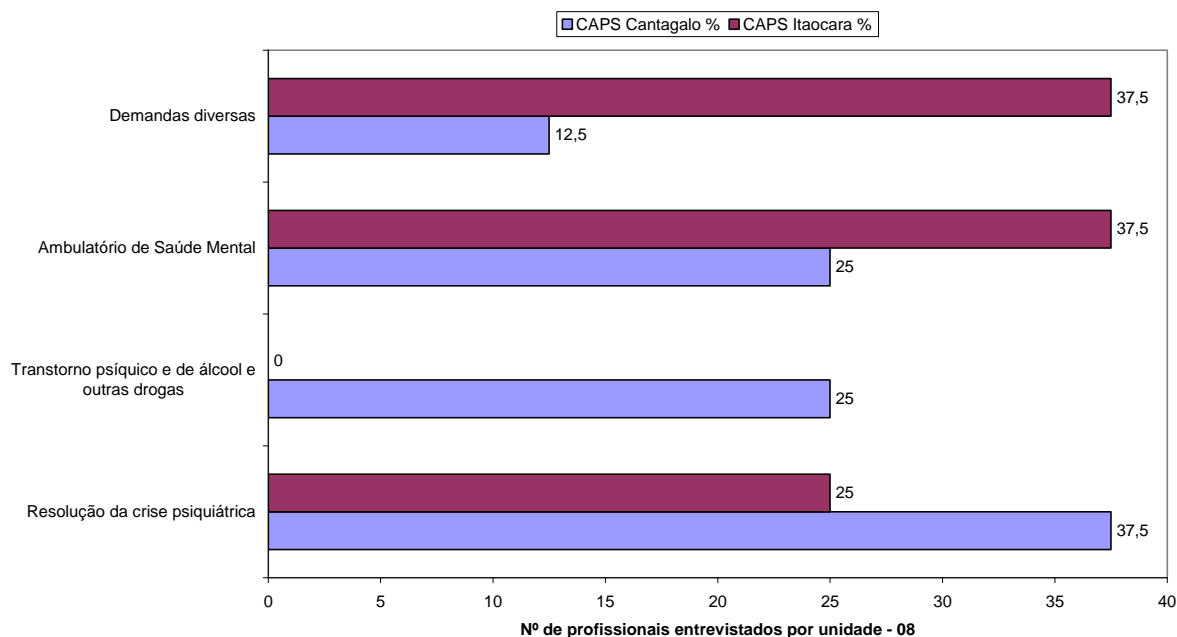
3.4. A integralidade e a intersetorialidade: materialização das políticas sociais na rotina dos CAPS I

Conforme já abordado, os CAPS I têm, como clientela, adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, prestando o atendimento clínico em regime de atenção diária para evitar as internações em hospitais psiquiátricos. Dentre outras funções dos CAPS, em geral, estão a promoção da inserção social das pessoas com transtorno por meio de ações intersetoriais; a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios¹⁰⁸. Baseando-se nisto, será abordada, neste item, a organização do CAPS para promover a articulação com os outros serviços e políticas sociais como forma de superar algumas dificuldades já apontadas pelos profissionais para a construção do atendimento em rede. Deste modo, trataremos sobre as demandas encaminhadas ao CAPS pelos outros serviços, as demandas atendidas pelo CAPS, as formas de encaminhamento das mesmas e o acesso dos usuários aos serviços.

No GRÁFICO 22, os profissionais identificaram as demandas que eram encaminhadas pelos serviços de outras políticas sociais para a saúde mental.

¹⁰⁸ Função definida em Brasil (2005).

GRÁFICO 22. Tipo de demandas das outras políticas sociais para a política de saúde mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Sob o rótulo “resolução de crise psiquiátrica”, os profissionais citaram situações que exigiam intervenção, atenção imediata, que não propiciavam as condições para garantir assistência contínua aos usuários. Os profissionais (3 de Cantagalo e 2 de Itaocara) reafirmaram a articulação imediata, a responsabilização do CAPS pelos atendimentos, sem a troca de informações necessárias para pensar propostas de cuidado fora da crise psiquiátrica. Embora as situações de surto psiquiátrico requeiram uma articulação ágil e resolutiva entre os serviços - CAPS, PSF e Hospital Geral - a fim de evitar a internação em clínicas especializadas, a fragilidade que este momento impõe a usuários e familiares demanda a construção contínua dessa articulação. Ou seja, necessita de ultrapassar estes momentos a fim de garantir o tratamento adequado e ampliar as possibilidades de vida e de trocas sociais dos usuários. Neste sentido, os comentários dos profissionais expressam a forma como perceberam a articulação nestes momentos.

Demanda em si eu não vejo; eu vejo uma responsabilização do CAPS na visão dos outros, em qualquer problema em qualquer paciente... Os outros setores retiram a responsabilidade deles como se fosse única e exclusivamente do CAPS as questões de saúde mental e como se eles não pudessem fazer nada quanto a isso. Exemplo disso é um paciente nosso que foi a óbito e até antes de ocorrer essa fatalidade não se havia conseguido para ele um local de moradia. Foi até tentado por nós, e ele tinha as questões dele de colocar empecilho para tudo, mas eu acho que não foi conseguido um local digno para ele estar, se sentir bem, e a questão do apoio social e de

oferta de um trabalho foi muito restrita. As buscas foram incansáveis por parte da gente, mas não foi feito nada pelos outros setores (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Resolução de problemas. Acho, às vezes, que somos o Corpo de Bombeiros da cidade: a gente vive apagando incêndios. Se o fulaninho está lá na Secretaria (de Saúde) incomodando o outro com a sua presença e aí, não necessariamente, ele precisa fazer alguma coisa, mas o fato de estar lá é um incômodo muito grande; aí o CAPS é chamado para resolver esse problema, entre aspas (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

As urgências em saúde mental (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

A demanda é: os bombeiros nos solicitam muito quando encontram algum paciente em crise, principalmente os usuários de álcool, as escolas também e o hospital, quando algum paciente nosso chega lá, eles nos ligam, mas aí não é por uma troca, é porque eles não querem se envolver muito. No caso dos outros setores é mais por uma troca que nos solicitam, no sentido do que fazer. Tem muitos pacientes nossos que frequentam a FAETEC, escolas normais, na maioria das vezes mais por uma socialização que por um ganho cognitivo-intelectual (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Para apagar incêndio e controlar a crise (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

As demandas encaminhadas nos casos de transtornos psíquicos, e por uso abusivo de álcool e outras drogas, foram apontadas apenas por profissionais de Cantagalo (2 dos entrevistados). Citaram a articulação com o Conselho Tutelar, com a Pestalozzi e com as unidades de atenção em saúde.

A gente tem, por exemplo, a demanda do Conselho Tutelar quando tem criança envolvida, de pais que têm transtorno psíquico ou problemas por uso de álcool e outras drogas. A Educação apresenta alguma demanda quando a Pestalozzi não resolve quando uma criança está apresentando algum comportamento estranho de conduta e agressividade; a saúde, às vezes, os PSFs nos convocam quando é identificada alguma pessoa com transtorno ou questões por uso de álcool e outras drogas (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A questão da assistência social está muito ligada ao Conselho Tutelar, quando nos solicita acompanhamento de criança, da mãe, da família. Da educação, a gente nunca recebeu demanda. É a saúde como o único dispositivo de saúde mental, então, tudo relacionado à saúde mental vem para cá (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

As demandas ambulatoriais foram apontadas por 2 profissionais em Cantagalo (25%) e por 3 profissionais em Itaocara (37,5%). Isto significa que, nos encaminhamentos feitos ao CAPS I, tem prevalecido a clientela com sofrimento psíquico leve e não àquela que demanda tratamento intensivo ou semi-intensivo em saúde mental – que é a especificidade de

atendimento dos CAPS. Isso sugeriu que existia um número significativo de pessoas com esse tipo de sofrimento leve¹⁰⁹, e que estava buscando tratamento.

Atendimento psicológico, acompanhamento, consulta psiquiátrica. A gente juntou tudo aqui – ambulatório e CAPS, e este não é o objetivo do CAPS I, mas não tem outra saída (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

A grande porta de entrada é a atenção básica – o PSF e depois o hospital. Estamos descaracterizados da atenção que devemos prestar como CAPS I, então, temos demanda espontânea para ambulatório em grande quantidade (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Demandas de consulta e quando absorvemos, por exemplo, um paciente do asilo, ele precisa vir mais ao serviço (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Demanda de atendimento ambulatorial, embora tenha também os pacientes intensivos. A educação é quem mais nos envia (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Psicologia (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Outros profissionais citaram vários tipos de demandas encaminhadas ao serviço, dentre elas os casos depressivos, a demanda ambulatorial, o atendimento à crise, casos com uso abusivo de álcool e outras drogas, casos com envolvimento em processos judiciais, outras expressões da questão social; e demanda infanto-juvenil como psicose, problema de aprendizagem, dentre outros.

No que se refere à demanda em saúde mental, na área de criança e adolescente, os CAPS estudados assumiram posturas diferenciadas. No CAPS de Cantagalo, não se prioriza o atendimento às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, pois a Pestalozzi - a instituição de referência na área de deficiência – ficou como responsável pelo atendimento desta demanda¹¹⁰. Apenas em alguns casos mais graves, nessa área, a equipe do CAPS auxiliava, seja com suporte técnico ou com assistência ao caso, na tentativa de dar resolutividade ao mesmo. Em alguns destes casos graves, por exemplo, houve recusa de atendimento por desentendimentos ou tumultos que o usuário veio a causar no referido

¹⁰⁹ Casos de transtornos depressivos não graves e outros sofrimentos diversos, que em geral os usuários conseguem manter um ritmo de vida semelhante ao anterior à manifestação do sofrimento.

¹¹⁰ Essa postura tem prós e contras para o município. Primeiramente, parece apontar para uma mistura de demandas na área de portadores de deficiência e em saúde mental, num único serviço que é a Pestalozzi. Esta instituição é privada e de caráter educacional que tem convênio com a Prefeitura local. Este convênio vem se estruturando ao longo dos anos por meio da disponibilização de funcionários ou servidores municipais para desempenhar suas funções na referida instituição, numa combinação entre o público e o privado, como foi relatado por um dos profissionais entrevistados; ou pela subvenção, em forma de dinheiro. Ao mesmo tempo em que isso oferece uma sensação de garantia de acesso aos usuários, por parte do município, não existe qualquer tipo de controle sobre o tipo ou qualidade dos serviços prestados por parte de tal instituição.

serviço¹¹¹. Já no CAPS de Itaocara, a equipe assumiu a demanda infanto-juvenil prestando assistência ambulatorial em neurologia, psiquiatria e psicologia nas dependências do CAPS¹¹².

Embora os CAPS I, nos municípios estudados, fossem os únicos dispositivos de atendimento em saúde mental e necessitassem de prestar assistência a demandas diferenciadas neste âmbito, encaminhadas pelos outros serviços, os comentários de alguns profissionais ilustraram que a necessidade de ampliar a cobertura à demanda ambulatorial, restringia à capacidade de articulação e valorização de práticas preventivas pelos profissionais do CAPS. Ou seja, os profissionais não buscavam, ou não encontravam meios de sair de seus consultórios e orientar suas ações para uma prática militante, mais condizente com os princípios da reforma, tendo em vista que seu tempo era quase, prioritariamente, ocupado dentro do próprio serviço e com uma clientela não-CAPS.

Sugeriram, também, que a ampliação de tal capacidade não provocou, na gestão municipal, a necessidade de criar um outro dispositivo em saúde mental que pudesse abranger tais demandas, pois além do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, aos usuários graves, à criança e ao adolescente, nestes casos, ainda havia a necessidade de assistir pais, mães e outros responsáveis. Neste sentido, interrogados sobre o tratamento dado às demandas encaminhadas à saúde mental, os profissionais indicaram dois posicionamentos: absorver todas as demandas, sendo estas ou não especificidade da saúde mental; atendê-las na medida do possível.

Os profissionais que afirmaram que absorviam todas as demandas encaminhadas, (87,5%) em Cantagalo e (62,5%) em Itaocara, justificaram que o objetivo era oferecer algum tipo de resposta ao usuário, buscando o seu benefício sem deixá-lo sem atendimento. Isto significa que havia uma implicação dos profissionais, como exemplificam seus comentários.

A gente acaba absorvendo tudo e responsabilizando, e sendo conivente com essas ações porque a gente vê o problema, o problema é mostrado para o setor, o setor não resolve, e a gente tenta dar jeito. De alguma forma, sempre

¹¹¹ Trata-se do caso de uma adolescente de 15 anos, com hipótese diagnóstica de transtorno psicótico, com uma rede sócio-familiar bastante restrita: sua mãe também tem sofrimento psíquico, assim como sua avó materna, e seu pai faz uso abusivo de álcool. Seu irmão, única pessoa a quem a adolescente escuta um pouco, mantém-se afastado dos problemas familiares e vem a casa esporadicamente, o que pode ser entendido como uma tentativa de manter-se saudável num ambiente familiar bastante adoecido. A adolescente - que já recebeu rótulos variados por parte da comunidade do bairro onde morava e na referida instituição escolar - vem sendo acompanhada, desde abril de 2008, pelo CAPS, que vem tentando algumas frentes de trabalho, mas que até o presente momento tem tido resultados ainda muito pequenos (Diário de Campo, Julho de 2008).

¹¹² Isso reproduz a mesma questão citada anteriormente, que é a mistura de demandas diferenciadas dentro de um mesmo serviço, alimentando fatores como o atendimento inadequado a essas clientelas.

na tentativa de buscar o benefício do paciente e acaba que os outros setores acabam pensando: se o CAPS resolve tudo, porque eu vou me preocupar. Então, a gente tem uma certa culpa em relação a isso (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Em geral a gente acolhe, absorve e atua de alguma forma (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Os encaminhamentos são acolhidos e a gente sempre tenta dar uma resposta (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Conforme a rotina do serviço, são acolhidas e encaminhadas de acordo com a necessidade de atendimento, que pode ser individual ou em grupo, psicológica ou psiquiátrica (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

A princípio fazemos um pronto atendimento, acolhimento imediato; já tentamos várias formas para funcionamento interno do serviço. Quando tínhamos mais funcionários era melhor. Não era para acolhermos pronto-atendimento. Fizemos disso bandeira de atendimento. Absorver, era o ideal. Até discordamos da forma como, às vezes, o paciente vem referenciado, já rotulado com isso ou aquilo. Talvez seja isso, de querer dar conta sempre (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Sempre acolhe e faz contato com essas instituições dando o retorno (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

São atendidas (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A gente tem o perfil de tentar atender, pegamos o problema como se fosse nosso. Tem um celular aqui que fica ligado todos os dias da semana e fins de semana, 24h por dia, e se você ligar domingo, às 4h da manhã, tem alguém para atender. O revezamento do celular é que não é muito democrático; tem um funcionário que fica mais sobrecarregado com isso, que é auxiliar de enfermagem, que inclusive dorme aqui no serviço e se disponibiliza a isso por uma questão de identificação, por uma questão de pressão da Secretaria municipal de saúde (Psicóloga nº2 - CAPS Itaocara).

São absorvidas (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Entra no ritmo do serviço; vai para o primeiro acolhimento. Eles chegam aqui dizendo que vieram encaminhados pelo Fórum, Educação, Conselho Tutelar, Assistência Social, a gente colhe, informalmente, algumas informações. Se as pessoas da secretaria do CAPS observam que é grave, é dado prioridade no atendimento, senão há um encaixe no próximo dia de acolhimento. Conforme for, se precisar de acolhimento emergencial ou consulta médica, alguém da equipe é chamado para avaliar e decidir o encaminhamento. Passa por um crivo informal aqui pela secretaria (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Há primeiro acolhimento de todas as demandas. Após esse filtro, o que é de mais importante naquele momento é atendido, e depois vê a disponibilidade dos profissionais, mesmo não sendo psicólogos (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Faz visita domiciliar e medica, emergencialmente (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Os profissionais, que disseram que o atendimento às demandas é feito dentro das possibilidades do serviço, foram 1 em Cantagalo (12,5%) e 3 em Itaocara (37,5%).

A gente tem uma equipe com membros que têm posicionamentos muito distintos, e aí eu percebo que dependendo de quem esteja para resolver essa situação, vai ter uma postura ou outra. Alguns profissionais têm tentado essa articulação, esse contato, outros não, ainda tentam resolver as coisas responsabilizando o outro pelo problema, pelo que tem dado errado (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Acolhemos dentro do possível. Com o Conselho tutelar a gente se reuniu, pois estava nos encaminhando o que poderiam absorver (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Há uma triagem – crianças até 15 anos há o grupo de responsáveis no qual os pais são escutados e se consegue discutir um pouco a situação, e fazer a orientação (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

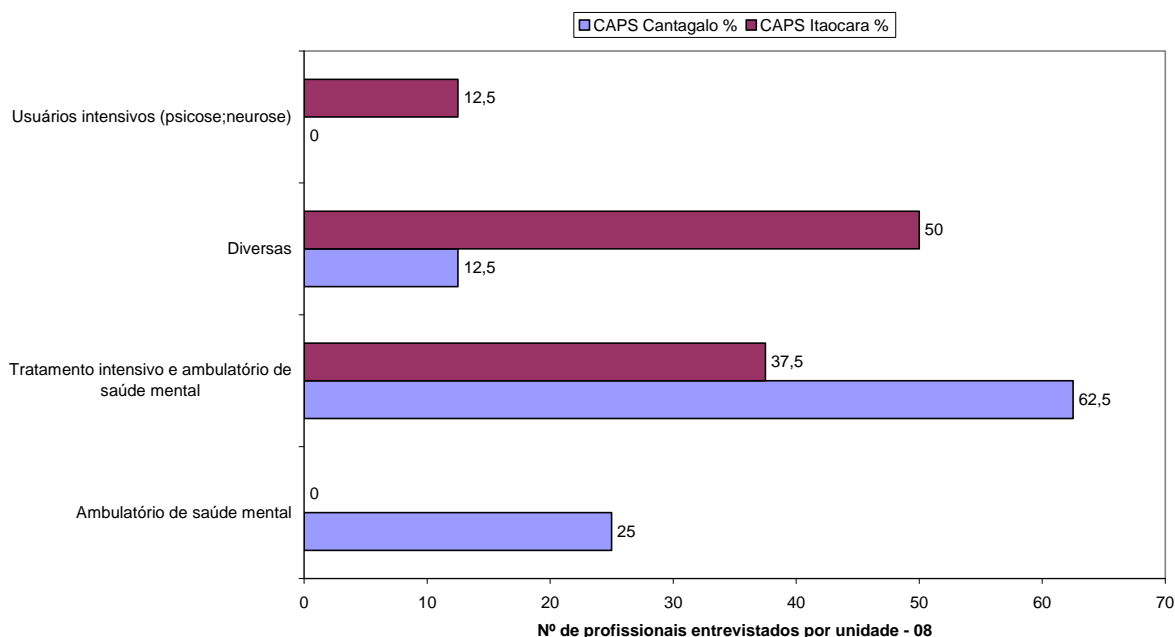
As colocações, da maioria dos profissionais entrevistados em ambos os CAPS, sugeriram que a expansão da cobertura dos atendimentos gerava dificuldades na otimização dos recursos do CAPS, pois na medida em que sempre atendiam as demandas, mesmo as que não eram prioridade para a saúde mental, se produzia, nos profissionais, a sensação de isolamento que citaram ao abordar a articulação com os outros serviços e políticas sociais. E também não favorecia à construção da rede, pois não se problematizava as condições de atendimento pelo CAPS e os motivos da indisponibilidade por parte dos outros setores.

O acolhimento¹¹³ a essas demandas era necessário, mas outras formas de encaminhamento poderiam ser pensadas no sentido de não esgotar, ou de não diminuir a capacidade de atendimento do CAPS¹¹⁴. Essa tendência em absorver tudo o que era encaminhado ao serviço resultou na produção de uma demanda de atendimento diversificada, (GRÁFICO 23) acarretando o risco de reproduzir o atendimento fragmentado e emergencial que os profissionais do CAPS I identificavam sempre que eram necessárias as ações em conjunto com outros setores. A situação dos municípios, em relação à saúde mental e dos CAPS I como único serviço de saúde mental no que tange ao atendimento de todas as demandas nesta área, encontra-se ilustrada no GRÁFICO 23, a seguir.

¹¹³ O acolhimento foi abordado no Capítulo I.

¹¹⁴ Os dispositivos de cuidados comunitários, como o Grupo de Terapia Comunitária, é uma das sugestões para o atendimento dos sofrimentos leves para além do ambulatório de saúde mental que serão abordados nos capítulos seguintes.

GRÁFICO 23. Tipo de demandas mais atendidas na saúde mental na percepção dos profissionais por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

A demanda ambulatorial, destacada sozinha ou associada ao tratamento intensivo para os usuários graves, foi citada por 7 profissionais em Cantagalo (87,5%) e por 3 profissionais em Itaocara (37,5%). Alguns comentários elucidam o destaque da demanda ambulatorial no âmbito da atenção diária dentro dos CAPS I.

Usuários de álcool e outras drogas são a maior parte. Muitos com distúrbio psiquiátrico, mas a maior parcela que frequenta aqui é com distúrbio decorrente do uso de álcool e outras drogas (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Demanda por medicamento; atendimento individual com Psicologia; espaço de convivência em regime intensivo e semi-intensivo (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Consultas psiquiátricas... A média de pacientes atendidos em oficina é baixíssima. Está esvaziado, distorcido, falta busca ativa. Não quero CAPS lotado, mas se está vazio será que é porque está conseguindo resolver? (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Depressões, situações psicossociais complicadas (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Álcool e drogas, depressões recorrentes, esquizofrenia (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Número muito elevado de álcool e outras drogas, mas não é a principal; o direcionamento dos pacientes-dia é diferente dos de ambulatório. No ambulatório tem muita demanda de depressão, transtornos do pânico (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Outros profissionais citaram demandas diversas dentre as mais atendidas no CAPS. Elas foram mencionadas por 1 profissional em Cantagalo (12,5%) e por 4 profissionais em Itaocara (50%), e nelas foram englobados os casos de atendimento por uso abusivo de álcool e outras drogas, as depressões, as expressões da questão social que acabam comprometendo a saúde mental, o atendimento à crise psiquiátrica e casos de criança e adolescente. Nestes últimos casos, como já mencionado anteriormente, os CAPS de Cantagalo e de Itaocara tinham organização diferente, a saber: a Associação Pestalozzi assumia a maior parte da demanda infanto-juvenil em saúde mental em Cantagalo, e o CAPS assumia as ações em Itaocara. Os comentários dos profissionais demonstram que parte significativa destas demandas diversas era atendida na modalidade de ambulatório.

Demandas de psiquiatria e psicologia, principalmente ambulatorial, por não ter ambulatório de saúde mental na rede; demandas de álcool e outras drogas, criança e adolescentes, além dos nossos próprios usuários de referência (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Estatisticamente eu não saberia dizer. A gente tem uma clientela ambulatorial que tem uma especificidade – alcoolismo, pânico, depressão e crianças com algum problema comportamental. E uma demanda diferente dos pacientes-dia que são as psicoses graves e algum transtorno causado por uso de substâncias por alcoolismo e drogadição, mas é maior o alcoolismo (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Casos depressivos; dificuldade de aprendizagem escolar; transtornos diversos, alcoolismo (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Transtornos ansiosos e depressivos, esquizofrenia; está havendo um crescimento do transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo. Nem todo lugar atende, demanda de ambulatório e, segundo a política de saúde mental o CAPS, deveria ficar apenas com a clientela anterior, mas no CAPS daqui tem essa abertura e atendemos muitos transtornos depressivos, uma demanda de álcool muito grande e de crianças com dificuldade de aprendizado (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Neurologia, demandas psiquiátricas, transtorno de humor, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, álcool e drogas (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Pode-se observar que as demandas mais atendidas pelo CAPS I não se direcionavam aos usuários com graves sofrimentos psíquicos, e isto sugere que os CAPS têm tido que

agenciar o atendimento de demandas para o qual não foi criado¹¹⁵. Muito embora, como únicos dispositivos de saúde mental nos municípios estudados precisavam promover algum tipo de atendimento a essas demandas, seja pelo compromisso dos profissionais que trabalham na área da saúde mental, seja pela cobrança imposta pela comunidade e dos demais serviços da rede.

A falta de outros serviços ou recursos em saúde mental para cuidar adequadamente dessas demandas não prioritárias ao CAPS e a necessidade de oferecer atendimento a essa clientela tem acarretado a sobrecarga dos profissionais e, de certo modo, essa mesma situação tem se repetido em municípios nos quais o Programa de Saúde Mental disponibiliza apenas o atendimento ambulatorial, visto que nestes, os usuários mais graves e os familiares também não dispõem do suporte de que necessitam¹¹⁶.

A questão nos remete à necessidade de iniciativa dos profissionais e do apoio da gestão municipal, já apontada anteriormente, para pensar alternativas para a assistência em saúde mental. Este apoio pode existir de diversas formas tais como capacitação, aumento de recursos humanos para além da equipe mínima, exigida pelas portarias que definem a equipe de saúde mental, fornecimento de recursos materiais necessários ao desenvolvimento do trabalho tais como automóveis para possibilitar o deslocamento de profissionais para realização de ações de articulação com outros serviços, de modo a promover atenção psicossocial de qualidade.

Esta assistência requer ações que se dêem para além do contexto do CAPS, pois embora as ações desenvolvidas no serviço sejam importantes para que o usuário exercite sua capacidade de troca, a ampliação da mesma relaciona-se com a sua convivência em sociedade. Entretanto, observamos que, nas atividades desenvolvidas pelos CAPS¹¹⁷ estudados, a maioria concentrava-se no espaço institucional.

Dentre as atividades no espaço institucional foram citadas pelos profissionais, as oficinas terapêuticas, o atendimento ambulatorial, acolhimento, atendimento individual e em grupo e o contato com outras unidades. Já nas atividades realizadas no espaço extra-

¹¹⁵ Vide Tenório (2001).

¹¹⁶ Isso ficou evidente pelas visitas realizadas a convite de profissionais entrevistados nos Programas de Saúde Mental em outros municípios nos quais trabalhavam. Nestes casos, os municípios só dispunham de Ambulatórios de Saúde Mental para o atendimento aos usuários.

¹¹⁷ Embora no formulário de entrevista a pergunta que gerou este dado tenha sido formulada da seguinte forma: “47 - Que atividades são desenvolvidas no CAPS?”, durante o próprio processo de entrevista percebi que a busca por apreender o que os serviços fazem para a desinstitucionalização dos usuários seria melhor compreendida através da reformulação da mesma, assim sendo: Que atividades são desenvolvidas pelo CAPS?

institucional foram citadas as visitas domiciliares, as visitas a outras instituições, visitas a pacientes internados e passeios com usuários. Em Itaocara, foram citadas outras atividades como a inserção de usuários em atividades de teatro, na sede do próprio teatro municipal e desenvolvimento do Programa Brasil alfabetizado dentro do serviço¹¹⁸. A TAB. 7 mostra as atividades desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS I dos respectivos municípios.

TABELA 7
Atividades desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS I por município

<i>Características das atividades desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS</i>	<i>CAPS de Cantagalo</i>		<i>CAPS de Itaocara</i>	
	nº	%	nº	%
Dentro da instituição	4	50	3	37,5
Dentro e fora da instituição	4	50	4	50
Não respondeu	0	0	1	12,5
Total	8	100	8	100

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

O relato dos profissionais, sobre as atividades, demonstrou que aquelas realizadas dentro do espaço institucional, analisadas sozinhas ou associadas às atividades fora do espaço do CAPS, correspondem a maioria das indicações nos dois CAPS I estudados. Isto aponta para o direcionamento dos serviços que, conforme já foi observado, estava centrado no tratamento ambulatorial e médico-psiquiátrico das demandas¹¹⁹, e também das oficinas terapêuticas. As figuras que seguem ilustram as oficinas realizadas nos CAPS I estudados:

¹¹⁸ Esta iniciativa será discutida nas considerações finais.

¹¹⁹ Este direcionamento se distancia da utilização dos recursos que o território – referências afetivas, de trabalho, de vida – pode oferecer ao tratamento dos usuários em sofrimento psiquiátrico e parece um problema de outros CAPS, além dos abordados neste estudo. Em pesquisa realizada no CAPS de Santos (Andreoli, et ali, 2004), foram identificadas as seguintes atividades realizadas pelos profissionais: em primeiro lugar, com 81,7% ambulatorio médico-psiquiátrico, em segundo lugar com 42,6% e depois o atendimento individual com 27% - todas atividades desenvolvidas dentro do próprio CAPS, centradas no modelo ambulatorial e que não priorizam o atendimento coletivo.



FIGURA 1 – Of. de Culinária (CAPS Cantagalo) Nutricionista e usuários (Acervo Próprio)



FIGURA 2 – Of. de Culinária (CAPS Cantagalo) Nutricionista e usuários (Acervo Próprio)



FIGURA 3 – Of. de Eventos (CAPS Cantagalo) Monitores e usuários (Acervo Próprio)



FIGURA 4 – Of. da Hora (CAPS Cantagalo) Profissionais, usuários e convidados (Acervo Próprio)



FIGURA 5 – Of. Trocando Idéias (CAPS Cantagalo) Assistente Social e usuários (Acervo Próprio)



FIGURA 6 – Of. Trocando Idéias (CAPS Cantagalo) Assistente Social, Monitores e usuários (Acervo Próprio)



FIGURA 7 – Of. Trocando Idéias (CAPS Cantagalo) Jornal produzido pelos usuários (Acervo Próprio)



FIGURA 8 – Of. do Bom Dia (CAPS Itaocara) Monitores e usuários (Acervo Próprio).



FIGURA 9 - Of. do Bom Dia (CAPS Itaocara) Monitores e usuários (Acervo Próprio).



FIGURA 10 - Of. do Bom Dia (CAPS Itaocara) Artesanatos feitos pelos usuários (Acervo Próprio)

As figuras acima mostram que há uma participação maior dos profissionais de nível superior na realização das oficinas terapêuticas em Cantagalo. Já em Itaocara, as tais profissionais dedicam a maior parte de seu trabalho para a realização de outras ações, e as oficinas em geral ficam sob responsabilidade dos monitores ou de voluntários.

Embora as ações realizadas dentro da instituição sejam importantes no atendimento aos usuários, para que os CAPS atendam os objetivos de ampliar rede de ações, construir espaços de trocas sociais dos usuários, ou seja, sua contratualidade (capítulo I), faz-se necessário refletir sobre a forma como isso tem sido feito. Também faz-se importante reforçar ações para além do contexto do CAPS e refletir sobre as mesmas. Neste sentido, a sistematização destas ações poderia resultar em maior qualidade da atenção oferecida, conforme TAB. 8.

TABELA 8
A articulação do CAPS I com os outros serviços

<i>Existência de reuniões entre o CAPS e outros serviços</i>	<i>CAPS de Cantagalo</i>		<i>CAPS de Itaocara</i>	
	n°	%	n°	%
Não	2	25	1	12,5
Sim	6	75	7	87,5
Total	8	100	8	100

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

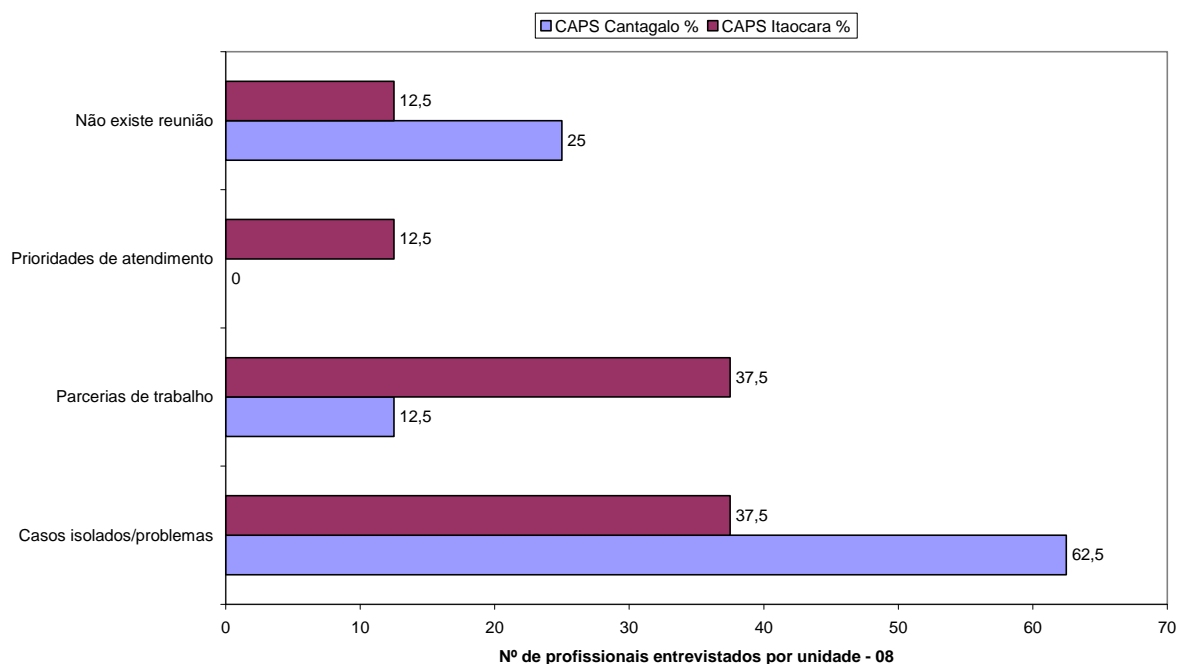
A maioria dos entrevistados, nos dois CAPS estudados, citou a existência de reuniões entre o CAPS e outros serviços que encaminham demandas para a saúde mental. Entretanto, a

frequência e o tipo de assunto discutido demonstraram que não havia uma rotina de reuniões estipulada, ou seja, estas ocorriam quando havia a necessidade, que em geral era motivada por problemas imediatos. No que tange à frequência ou periodicidade de reuniões, os profissionais afirmaram que elas ocorriam da seguinte forma:

- Eventuais: 6 profissionais (75%) em Cantagalo e em Itaocara;
- Mensais: 1 profissional (12,5%) em Itaocara;

A percepção dos profissionais sobre os temas discutidos nas reuniões corroborava para o fato de que as mesmas se orientavam para a discussão de problemas imediatos e que a discussão de propostas ou parcerias de trabalho ainda não se constituía na pauta principal da maioria das reuniões, conforme o GRÁFICO 24.

GRÁFICO 24. Caracterização dos temas discutidos nas reuniões com a rede por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

A discussão de casos isolados ou problemas foi apontada por 5 profissionais em Cantagalo (62,5%) e por 3 profissionais em Itaocara (37,5%) como principal tema das reuniões.

Os casos isolados, casos que estejam apresentando alguma demanda ou coisa mais crítica, são discutidos e encaminhados. Mas não percebo a construção de um trabalho estabelecido, um dispositivo que possa reunir duas ou mais políticas numa coisa mais sistemática e permanente (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Quando há um caso em comum a ser discutido, abordado, resolvido; vai depender de uma posição do serviço, nossa (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Direcionamento de casos de usuários (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

A idéia de divisão de PSF, por dupla de profissionais, não foi levada à frente. O Fórum, as reuniões também são instrumentos para se reunir com os outros setores. Mas as reuniões de fato só acontecem na emergência; falta fluxograma, ações da rede. É mais discussão de caso que estão incendiando, incomodando (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Acontecem quando tem algum problema (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Casos clínicos. Não sei se o nome seria reuniões, mas encontros (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Eu não participo, mas sei que elas acontecem em função de algum caso ou muitos encaminhamentos feitos para o CAPS, sem muito critério. Casos que têm algum impasse e que a equipe avalia que a atuação de um outro órgão não está sendo muito produtora. Por isso disse que é esporádico, pois muitas coisas o serviço engole isso. Há até o planejamento de fazer eventos, mas em geral não se consegue fazê-los porque o serviço vai atropelando. Então, acaba acontecendo sempre de forma mais emergencial, quando algo não vai bem, ou quando precisa diluir alguma coisa e precisa de uma interação conjunta para aquilo funcionar (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

As parcerias de trabalho, como pauta das reuniões do CAPS com os outros serviços, foram apontadas por 1 profissional em Cantagalo (12,5%) e por 3 profissionais em Itaocara (37,5%). Suas considerações indicavam um trabalho sistemático, sugerindo mudanças na orientação das ações e discussões no espaço das reuniões.

Não tem frequência, acho que é uma coisa que está caminhando, ainda, para se fortalecer num diálogo mais contínuo, e não só nos momentos de apagar incêndios, mas em algumas coisas já se percebe mudança. Quais realmente são as possibilidades que se têm? O que pode ser feito conjuntamente e não por um único serviço? As parcerias que podem ser feitas, e aí a tendência que se tenha um resultado mais satisfatório é muito maior, porque você tem o apoio do outro, principalmente nos casos que são muito complexos, que exigem realmente que o Conselho Tutelar esteja presente, o CAPS, a Pestalozzi, os PSFs (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Foram 1 ou 2 reuniões com cada setor, não tem frequência, até o momento. Falamos sobre a questão da Reforma Psiquiátrica; discussão do porquê acreditamos que a liberdade é terapêutica, como isso é possível, qual o papel da comunidade na viabilização da Reforma. Quanto ao hospital, temos discutido sobre a realidade, que é o fechamento dos hospitais psiquiátricos, como a gente vai viabilizar um atendimento de qualidade para os nossos pacientes dentro do hospital geral, como isso deve ser feito, como o paciente deve ser abordado, de quem é a responsabilidade, qual o papel da família no

acompanhamento desse paciente em crise. As temáticas passam por aí (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Discutimos sobre o que cada um pode fazer para melhoria de ambos os serviços. Fazemos visitas domiciliares por solicitação dos PSFs (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Uma vez por mês e quando há urgências também ocorre. E discutimos o andamento do trabalho (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Os que apontaram a existência de reuniões e a discussão das parcerias de trabalho como tema das mesmas tornam-se um número expressivo na medida em que a reorientação do modelo de atenção e da articulação do CAPS, com os outros serviços, se configuram como ações contínuas. Sendo assim, os espaços de reuniões, ainda que assistemáticos, são possibilidades de reorientar a discussão para propostas de tratamento que contemplem os princípios e diretrizes do SUS e da Lei de Reforma Psiquiátrica. Poderiam também facilitar o acesso dos usuários aos serviços da rede através da organização de fluxograma para atendimento.

Isso corrobora a necessidade de articulação permanente entre os serviços para que sejam ampliadas as possibilidades de atender, com qualidade, os sujeitos em sofrimento mental, garantindo o seu acesso à saúde e à rede em geral. Neste sentido, ao serem indagados sobre as formas de acesso dos usuários ao CAPS, os profissionais citaram o encaminhamento e a demanda espontânea¹²⁰.

O acesso ao CAPS, por encaminhamento, foi indicado pela maioria dos entrevistados nos dois CAPS estudados e se relaciona a forma de articulação entre as políticas públicas e os serviços, como já abordado anteriormente. Desta forma, o encaminhamento pode resultar de uma ação intersetorial ou do repasse de responsabilidades entre os setores; neste caso, não propiciaria o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

A demanda espontânea, que também foi citada pelos profissionais, foi entendida por alguns profissionais como a popularização do CAPS como dispositivo de cuidado na comunidade. E os comentários ilustram que, em alguns casos, têm ocorrido mudanças no âmbito da relação entre o CAPS, os serviços e outras instâncias da sociedade, indicando maior proximidade.

Agora, referenciados pelo PSF; antes, por demanda espontânea também (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

¹²⁰ A demanda espontânea se refere aos casos em que o próprio usuário vai até o serviço solicitar atendimento.

Alguns através de encaminhamento dos outros serviços, pela família, por demanda espontânea (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

São encaminhados pelo PSF; o CAPS é solicitado quando há algum problema na comunidade, no município; encaminhados pelo Conselho Tutelar, demanda espontânea, por determinação judicial, por procura do familiar. (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo)

Encaminhados do PSF, Pronto-socorro, Conselho Tutelar, Ministério Público e indicação de amigos (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Encaminhados do PSF. Observo uma necessidade de migração da neurologia para psiquiatria (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Chegam por conta própria, alguns porque já tem familiares que se tratam; encaminhados pelo hospital geral e pelo PSF (Assistente Social).

Por demanda própria, por encaminhamento das unidades e através das famílias (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Encaminhados pelos PSFs, hospital geral, escolas ou por demanda própria (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

A articulação entre os serviços e o acesso dos usuários à rede também se exemplifica por meio dos serviços para os quais os profissionais do CAPS mais encaminham os usuários, ou seja, demonstra quais recursos o serviço utilizava para ampliar os espaços de troca de seus usuários (TAB. 9).

TABELA 9
Maiores incidências no fluxograma dos usuários da saúde mental para outros serviços por município

<i>Outros serviços acessados pelos usuários da saúde mental</i>	<i>CAPS Cantagalo</i>	<i>CAPS Itaocara</i>	<i>Total de indicações</i>
	nº	nº	nº
Saúde	08	06	14
Assistência Social	03	03	06
Internação Psiquiátrica	03	01	04
Previdência Social	01	02	03
Encaminhamento interno	01	01	02
Educação	01	01	02
Justiça	00	01	01

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo

* Os dados estão em números inteiros, pois muitos profissionais apontaram mais de um serviço ou política.

Os resultados da TAB. 9 corroboram os resultados do GRÁF. 19 sinalizando a necessidade de maior articulação da saúde mental com outras políticas sociais. Foram utilizadas duas formas de encaminhamento, externos e internos, ao CAPS. Dentre os encaminhamentos externos, os serviços mais acessados pelos usuários são os da rede de saúde municipal: PSF, Hospital Geral e Ambulatório de Especialidade (clínicas na área médica). Os serviços da política de assistência social apareceram em segundo lugar nas indicações dos profissionais, principalmente o encaminhamento de usuários em situação de risco social que, se não fossem devidamente acompanhados, poderia agravar sua situação de saúde.

As internações psiquiátricas em clínicas especializadas, que também são serviços de saúde, ocuparam o terceiro lugar dentre os encaminhamentos para outros serviços. Neste caso, as indicações dos profissionais de Cantagalo podem significar a dificuldade expressada pelos mesmos em manter os usuários em crise por um tempo mínimo em leitos do Hospital Geral, antes de serem encaminhados para internações em clínicas especializadas¹²¹.

Os encaminhamentos para previdência social se deram em alguns casos de requerimento de Benefício de Prestação Continuada - BPC que são associados ao encaminhamento à Assistência Social¹²²; em outros são solicitações de pensões por morte para situações em que não existem condições dos usuários para o trabalho formal. E também casos de solicitação de auxílio doença - benefício previdenciário para usuários que tem vínculo empregatício formal ou contribuem com a previdência, e que no momento, em virtude da gravidade do sofrimento psíquico apresentado, encontravam-se sem condições para as atividades laborativas.

Dentre os encaminhamentos internos, os profissionais citaram o serviço de psiquiatria, de psicologia e as oficinas terapêuticas. Os profissionais apontaram formas diferenciadas de encaminhamento interno e externo (TAB.10).

¹²¹ Dentro desta dificuldade de articulação na área da saúde, a dificuldade de relação com o hospital geral foi apontada por vários profissionais. Vide os GRÁF. 18 e 19.

¹²² Até recentemente, todos os casos para requerimento de BPC, seja para idosos, por incapacidade laborativa ou outros casos, eram atendidos pelo Serviço Social das Secretarias Municipais de Assistência Social. A partir do segundo semestre de 2009, após concurso público realizado para o INSS na área, as Agências da Previdência Social dos municípios do interior dos Estados da Federação passaram a ter profissionais assistentes sociais no seu corpo de funcionários, e apenas os casos de idosos continuam sendo acompanhados pela SMAS, ficando, os demais, sob responsabilidade do Serviço Social do INSS.

TABELA 10
Formas de encaminhamento para outros serviços por município

<i>Tipo de encaminhamento</i>	<i>CAPS Cantagalo</i>	<i>CAPS Itaocara</i>	<i>Total de indicações</i>
	nº	nº	nº
Contato com a unidade	04	06	10
Acompanhar à unidade	05	04	09
Encaminhar por escrito	02	05	07
Orientar o acompanhamento familiar	01	02	03
Não respondeu	00	01	01

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo

* Os dados estão em números inteiros, pois muitos profissionais apontaram mais de um tipo de encaminhamento.

Os comentários dos profissionais demonstraram as formas de acesso aos serviços:

Muitas das vezes, a gente mesmo marca a consulta deles e tenta viabilizar muitas vezes pelo conhecimento com algum profissional e acaba indo um pouquinho mais rápido. Isso acontece, no laboratório para conseguir um exame mais rápido, com o profissional do PSF para conseguir um encaixe mais rápido. Por essa via acontece (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Há uma preferência pela comunicação verbal, pelo telefone ou pessoalmente, ao encaminhamento por papel (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A gente os orienta a buscar esses serviços; outras vezes, a gente vai com eles até esses serviços (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Na maioria das vezes é para dentro do serviço. São feitos acolhimentos com profissionais que irão avaliar se é de fato encaminhamento para a psicologia. Se ele entender que não seja, é feito registro num livro e preenchida uma ficha de identificação desses usuários, dessas entrevistas e colocado numa pasta de fila de espera. Os encaminhamentos externos, por meio de contatos ou por escrito ou por telefone, pessoalmente. Eu tento sempre que possível não mandar só um papel, mas fazer um contato com a pessoa é importante (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

De acordo com a necessidade que os usuários apresentam que é avaliada pelo profissional que atende. Os usuários que têm mais autonomia vão sozinhos, dependendo do caso, o profissional acompanha, principalmente quando é perícia. Tem uma boa resolutividade, pelo menos tem uma resposta, não fica naquela coisa de meses se arrastando. Não fica aquela coisa de que ela é boazinha, está conseguindo resolver e não resolve nada. Existe muito isso (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Às vezes, a gente até apadrinha demais esses encaminhamentos indo junto com eles, mas o intuito é que recebam atendimento de qualidade (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Acompanhamento, orientando que familiares acompanhem e, em casos raros de autonomia, eles são orientados e vão sozinhos (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

A psiquiatria encaminha, especificamente, para PSF e Policlínica. Faço por escrito e oriento o usuário; verifico no retorno se ele foi, o que foi dito a ele, que medicações está tomando (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Manda por escrito, por bilhete; leva ao local, faz contato (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Para o hospital. Por adoecimento físico ou por momento de crise que o paciente não está se alimentando, quando extrapolam os cuidados que podem ser oferecidos nas residências. A gente vai pessoalmente um ou mais profissionais; faz também um monitoramento por telefone e faz visitas frequentes (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

É feito estudo social com os outros profissionais e é encaminhado para o Projeto esperança¹²³. Para os outros, nós levamos os usuários-dia (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Por escrito; através de contato telefônico; tem um funcionário que leva (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Quase todos por escrito, mas a gente também reforça por telefone, ou através do Agente de Saúde para fazer esse tramite (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Através de contato, e no caso do hospital, a ambulância vem e pega o paciente (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Contatos telefônicos ou relatórios (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Os comentários dos profissionais indicaram posturas diferenciadas na questão do encaminhamento e do acesso dos usuários aos serviços: ora apadrinhavam reforçando o não direito, ora incentivavam uma tutela¹²⁴, propiciando a circulação dos usuários pelos serviços

¹²³ Casa para recuperação de usuários com dependência química situada entre os municípios de Santo Antonio de Pádua e Miracema – Região Noroeste Fluminense, de cunho religioso, vinculada à Secretaria de Ação Social, segundo informações colhidas em visita realizada em dezembro de 2007.

¹²⁴ Esta tutela objetiva a ampliação dos espaços de troca dos usuários e difere do apadrinhamento ou de uma tutela que imobilize as ações dos usuários e a sua liberdade de expressão. Não é tarefa fácil estimular os usuários a ocuparem o lugar de sujeitos nas trocas sociais, ou seja, de reivindicação de serviços, de serem agentes no processo de ressignificação de suas vidas, visto que muitos se desacostumaram ou nunca chegaram a ocupar de fato este lugar, ou desempenhar tal papel em suas próprias vidas. Isso, muitas vezes, acaba provocando angústia tanto no usuário, que teme essa nova posição, podendo manifestar isso de formas variadas como o agravamento de seu estado de saúde chegando, em alguns casos, a crises – uma conseqüência negativa deste processo. E também no profissional que mesmo tendo ciência de conseqüências positivas ou negativas disso, necessita de ocupar o lugar de terapeuta, cuidador, também acaba criando vínculo e expectativas em relação ao avanço do tratamento. Para aprofundar neste debate sobre a relação entre técnico de referência e usuário, vide Onocko-Campos e Miranda (2008) no Capítulo I.

por meio do acesso aos mesmos por sua condição de sujeito, tendo a cobertura dos direitos sociais de que necessitar.

Portanto, a forma como o CAPS se articula com os serviços e a inclusão dos usuários neste processo, estão associadas a ações e parcerias que ultrapassem o âmbito do serviço e do próprio Programa de Saúde Mental dos municípios. Por isto, a defesa de que a saúde mental seja extra-institucional, ou seja, para além dos muros do CAPS, pode contribuir para tornar público o debate sobre a saúde mental e atrair outros atores para o debate, conforme será abordado no próximo item.

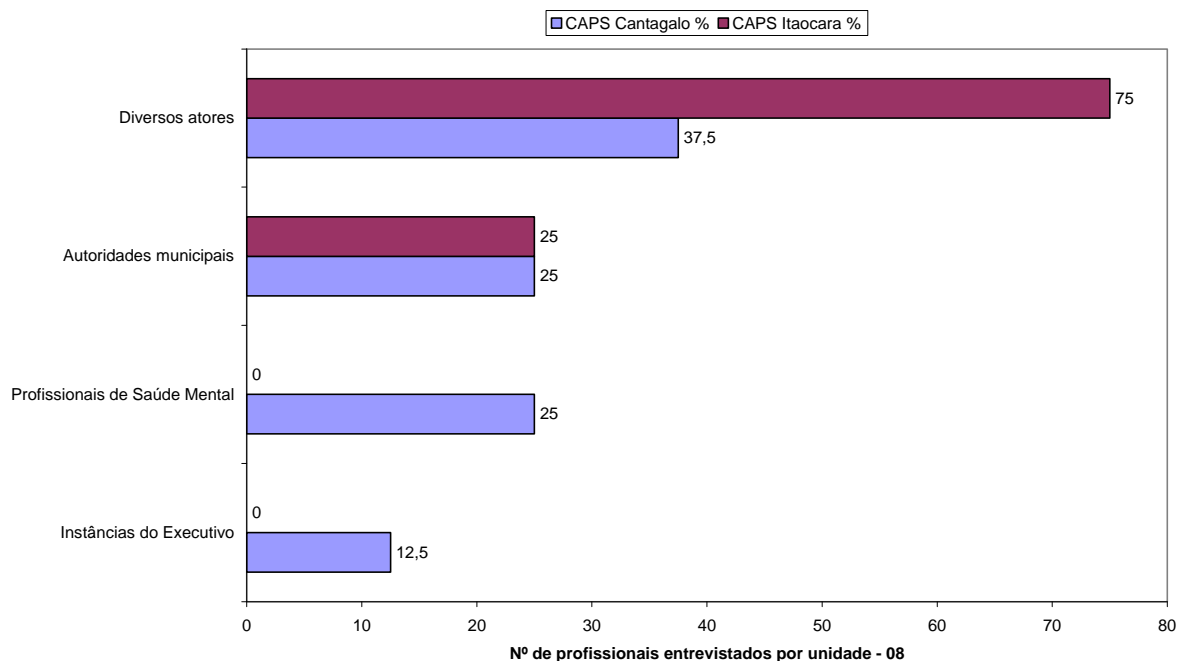
3.5. Os atores na política de saúde mental nos municípios

A responsabilização coletiva do cuidado¹²⁵ trata-se uma prática de vários agentes, instituições, sistemas de saúde ou sociedade. Sendo assim, a inserção da comunidade, de outros profissionais, dos gestores e demais segmentos da sociedade, na discussão sobre saúde mental, poderia favorecer à participação social implicando em inovações no modelo psicossocial de atenção.

Deste modo, refletir sobre os atores que participam da saúde mental e do CAPS poderia favorecer para que as ações em saúde mental fossem menos direcionadas pelas equipes e mais participativas em relação às necessidades dos usuários, na medida em que o debate poderia interferir no modo como a sociedade se relaciona com as pessoas que viveram o sofrimento psíquico. Essa participação pode ser dar de diferentes formas como na formulação da política de saúde mental no município (GRÁFICO 25) e a forma como interferem na implantação e na rotina do CAPS (GRÁFICO 26).

¹²⁵ A responsabilização coletiva do cuidado por meio da participação de vários agentes foi discutida por Delgado (2001) e também por Tenório (2001). Segundo este último, foi a ampliação da participação de atores sociais no processo da Reforma Psiquiátrica juntamente com a reformulação legislativa e o surgimento de novas experiências de cuidado em saúde mental, que possibilitou os avanços ocorridos durante a década de 1980 e a consolidação das características atuais do Movimento da Reforma.

GRÁFICO 25. Atores na formulação da Política Municipal de Saúde Mental por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Os profissionais do CAPS de Cantagalo citaram as instâncias do executivo, dentre eles o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e os gestores municipais. Citaram também os profissionais de saúde mental, afirmando que sua interferência maior era dentro do próprio serviço, sendo pouco requisitado pela gestão para pensar a política em si.

Dentre as autoridades municipais foram citadas o prefeito, o secretário de saúde, vereadores e coordenador de saúde mental, por 2 entrevistados (25%) em cada CAPS. Sob o rótulo “diversos atores” – citado por 3 profissionais em Cantagalo (37,5%) e por 6 profissionais (75%) em Itaocara - encontra-se parte dos atores citados anteriormente: os profissionais de saúde, secretário, supervisoras de saúde mental do Estado, gestores em geral e comunidade. Embora a maioria dos profissionais reconhecesse a ampliação desta participação, o seu formato foi diferenciado quanto à influência exercida na implantação das ações de saúde mental nos municípios – ora positiva, ora negativa.

A interferência negativa foi citada pelos profissionais por parte de dois atores e nas situações abaixo descritas:

- O gestor municipal: quando não priorizava a saúde mental (04 profissionais em Cantagalo);
- A comunidade: pela valorização do tratamento asilar (01 profissional de Cantagalo);

A interferência positiva foi percebida pelos profissionais na atuação de diversos atores e em situações específicas, a saber:

- O poder público - Ministério da Saúde e Ministério Público - fiscalizando a ação dos municípios, através da atuação externa; (02 profissionais em Cantagalo). A citação abaixo elucida essa interferência:

As instâncias superiores determinando ou forçando para que diretrizes de saúde mental sejam seguidas, mais no âmbito da fiscalização. O gestor municipal permitindo que exista o mínimo necessário para que ninguém fique incomodando e para parecer à população que ela é assistida (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

- Os usuários: pela reivindicação e crédito no trabalho dos profissionais; (01 profissional em Cantagalo e por 03 em Itaocara);
- A equipe: na busca pela formação e capacitação; na tentativa de ampliação do debate sobre a saúde mental; (03 profissionais em Cantagalo e 03 em Itaocara);
- O Gestor: no apoio às idéias da equipe; na promoção de melhorias no serviço; (02 profissionais de Cantagalo e 07 profissionais em Itaocara);
- A rede de serviços: através do respeito à Saúde Mental; na requisição do serviço; (01 indicação em cada CAPS);
- E, a comunidade pela credibilidade para com o serviço de saúde mental; (04 profissionais em Itaocara).

Alguns comentários retratam as percepções dos profissionais:

Os usuários, porque têm conseguido falar, alguns em nome próprio; os profissionais de saúde, trabalhando mais internamente buscando outras possibilidades de supervisão, de formação; os profissionais dos PSFs, os outros serviços quando encaminham para o CAPS, quando procuram - poucos procuram, estão contribuindo de alguma forma; a comunidade quando vem procurar o serviço pedindo ajuda; e o gestor – foi bom a gente não ter terminado a entrevista no mesmo dia porque eu fiquei pensando, que tem que ter pontos positivos, e eu me forcei a pensar. O concurso público feito talvez tenha sido um bom auxílio, mesmo que não intencional, pois foi um concurso limpo e nos possibilitou estar aqui; de alguma forma os gestores deram uma forcinha para que algo se transformasse. Mas ainda sinto as coisas muito amarradas, parece que alguma coisa não pode funcionar, o quê, eu exatamente não sei. Acho que poderiam contribuir mais, deveriam se implicar mais. E talvez essa quase nenhuma implicação se justifique pelo não olhar para as questões subjetivas, que não aparecem se o sujeito estiver deprimido, sem comer, tentando se matar... ah isso é problema dele. Fica muito mais fácil se isentar de uma responsabilidade, diferente de quando tem um paciente com uma úlcera, com uma ferida infeccionada e não for feito nada. É considerado diferente (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Os familiares com a participação deles no grupo de família e eles são orientados quanto a isso; com a participação deles trazendo crescimento ao serviço, com novas formas de intervenção. Os profissionais, no sentido de formar uma rede na comunidade. Eles interferem de forma positiva, pois através deles surgem questões que podem ser resolvidas de forma mais elaborada, surgimento de novas estratégias (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Os gestores cuidando e solicitando alguns atendimentos dentro das condições do serviço e a necessidade do município; a coordenação dentro de sua visão de saúde mental [...] seu preparo técnico; o que acredita como prioritário e a gestão democrática que faz aqui dentro (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Sobre a interferência desses atores na organização do CAPS, os profissionais citaram duas formas: a ausência de interferência e a interferência direta que poderia ser negativa ou positiva. Primeiramente, os que afirmaram que não existia interferência - 01 profissional em Cantagalo e 03 em Itaocara. E os comentários dos profissionais ilustram a situação:

A equipe de forma direta. O gestor fica mais distante (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

A influência positiva que eu vejo é o reconhecimento do nosso serviço, um serviço que funciona, que consegue dar conta, que tem demanda, mas que dá conta dela até então. Esse reconhecimento, de acreditar no serviço da gente, quando encaminham, entram em contato. Mas o fator negativo é o que acabei de dizer a pouco... Não é um preconceito, mas eles não se responsabilizam pela saúde mental, é como se a saúde mental fosse à parte da Secretaria de Saúde, e a gente tem uma dificuldade muito grande de entrada no hospital municipal. Às vezes, tenho a sensação de que eles acham que o CAPS não é saúde. Como se a loucura também não fizesse parte da saúde. Não vejo a interferência deles na organização (Psicóloga nº1 - CAPS Itaocara).

Não interferem na coordenação do CAPS (o prefeito ou a comunidade). A coordenadora tem toda autonomia, mas se alguém dá alguma sugestão positiva, ela discute e implanta (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Não vejo interferência impositiva da população ou da secretária municipal. Alguns municípios onde se ganhou a oposição do governo que estava, muitas vezes, não são levados em consideração o trabalho da equipe que está, e o engajamento e às vezes trocam os profissionais. E isso acontece no serviço público (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Dentre os profissionais, que citaram a interferência direta desses atores na organização dos CAPS identificaram-na ora como positiva, ora negativa. A interferência negativa do gestor municipal (prefeito e/ou secretário) foi vista de forma negativa, quando havia imposição de decisões aos profissionais e quando priorizava questões eleitorais na condução

na gestão pública; 06 indicações no CAPS de Cantagalo. E seus comentários ilustram tal interferência:

Eu nem sei se é falta de interesse deles. É uma coisa muito distante da visão deles: o prefeito não prioriza isso como uma grande ação. Acho que não é nem só o prefeito, eu diria todos - os vereadores, os secretários, ninguém prioriza o CAPS ou a Saúde Mental do município, como sendo coisa importante. Eles limitam muito a gente porque qualquer proposta que seja feita, não consegue chegar ao gestor, até o final. Um exemplo: o Conselho de Saúde tem avaliado.... A gente chega até o Secretário e a palavra dele é a palavra final, e a gente não tem outras vozes, outras respostas, de outros locais. O Conselho aqui tem muita força, mas a gente não consegue ultrapassar a barreira do “Secretário de Saúde” (...) Talvez a gente pudesse ganhar força com outros meios – vereadores, conselho para que a conseguisse avançar (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

As instâncias superiores têm estado bem ausentes, e eu acho que é por isso que a gente vem tendo muita dificuldade de favorecer que a política de saúde mental evolua no município. E o gestor municipal tem mais influência do que em qualquer lugar que eu possa ter visto, tudo que é feito no CAPS, em termos de recursos humanos, de funcionamento, de horário, todos os aspectos do funcionamento cotidiano, ele tem poder para dizer como vai funcionar ou como não vai; o que é muito complicado (...) (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Eles tentam interferir conforme o usuário reclame, mas a gente sempre faz conforme a equipe considera melhor (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Os gestores interferem diretamente, como eu já disse, desde a formulação de um projeto terapêutico, quanto à decisão por busca de formação, de atualização profissional, de eventos que possam ser realizados no âmbito da saúde mental e de uma forma geral. Há um controle sobre a equipe. (...) A gente percebe o quanto que há uma contaminação, uma cultura de asilamento que estava totalmente entranhada e que de alguma forma, a gente tem conseguido fazer a diferença (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo)¹²⁶.

¹²⁶ Este profissional citou a interferência positiva dos usuários e da comunidade – “Os usuários quando participam das assembleias, das oficinas, quando a gente os convoca a falar – o que vocês acham, o que esperam do serviço; quando a gente faz com que ele se torne participante, ativos e não receptores do que a gente entende que seria melhor. A “prática entre vários” supõe justamente um não saber sobre os sujeitos e implicá-los para que eles respondam, para que digam sobre eles... Essa é a condução do trabalho com esses pacientes. Nós precisamos levar a sério essa questão de que eles são sujeitos e que eles podem falar em nome próprio. E é muito fácil a gente desistir disso e não colocá-los nesse lugar porque eles não estão acostumados a isso, então não faz muita diferença. Às vezes para eles é até angustiante mesmo convocá-los, perguntar o que eles acham (...) A comunidade quando procura o serviço ou para fazer uma queixa de alguém que está causando problema, ou para trazer notícia ou para pedir ajuda de alguma forma se contribui para a organização, para a condução, para que se trabalhe a forma como essa pessoa traz esse incômodo da comunidade. Só que, nesse ponto, a gente tem conseguido trabalhar tão pouco que eu não sei se tenho vontade para falar mais. Nós poderíamos ter feito muito mais, mas estamos muito tempo presos aqui dentro do CAPS e aí é preso mesmo, sem carro, sem ter como se deslocar para os outros distritos que são longe, os contatos que são feitos com a comunidades, com os serviços, com os postos são mal recebidos pela equipe, pela gestão e pela coordenação” (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

O secretário, por exemplo, tirou a enfermeira do CAPS que tem 2 matrícula e a colocou só na secretaria (de saúde), ele determinou que ia ser isso por quase 1 mês. Os profissionais, a maioria não é do município e isso dificulta, quebra... Isso dificulta, pois sobrecarrega alguns. E a comunidade atrapalha um pouco por não compreender o modelo atual... Quer o modelo asilar (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

De forma positiva porque permitiu a existência do serviço, e negativa quando as questões administrativas e políticas estão acima da causa, da importância da saúde mental (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Tal interferência foi considerada positiva por 02 profissionais em Itaocara, quando as solicitações da coordenação de saúde mental eram atendidas. O comentário que segue ilustra a percepção do profissional:

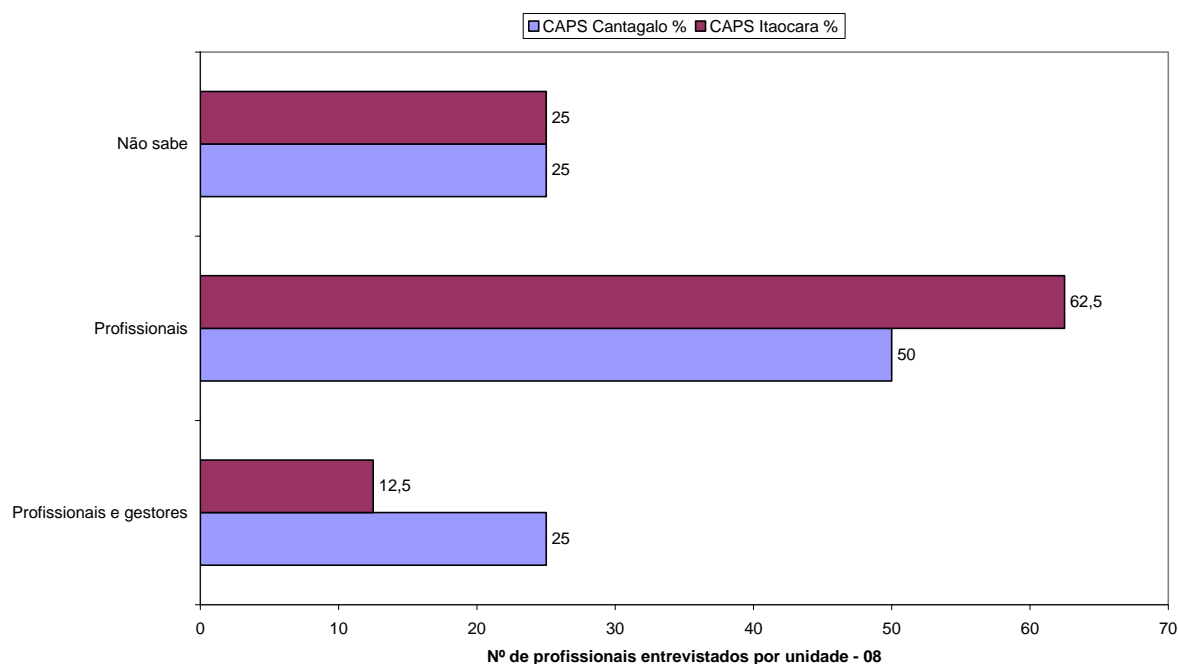
De forma positiva em poder dar os subsídios necessários para que as coisas aconteçam: ambulância, remédio, o apoio da prefeitura nas internações, principalmente para os usuários de álcool e outras drogas pelo Projeto Esperança - onde a prefeitura precisa arcar para as famílias que não tem como pagar. A coordenadora é assistida em tudo o que pede, solicita (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

A postura diferenciada entre os profissionais entrevistados no CAPS de Cantagalo e no CAPS de Itaocara em relação ao gestor foi abordada anteriormente (GRAF. 15 e 16). No que se refere à interferência de outros atores na organização do CAPS, os profissionais mencionaram também:

- Os usuários quando participam do serviço e quando reivindicam – 01 indicação em Cantagalo;
- A equipe - quando instituiu reuniões para pensar o serviço – 03 indicações em Cantagalo e 02 em Itaocara;
- A comunidade e a rede interferem, positivamente, quando buscam o serviço e forçam a reorganização do mesmo – 01 indicação em Cantagalo e 02 em Itaocara.

Embora tenham citado a interferência de diversos atores na formulação da política de saúde mental e na organização do CAPS, na percepção dos profissionais sobre a participação dos atores na época da implantação do CAPS, ficou restrita aos profissionais e gestores retratada no GRÁFICO 26.

GRÁFICO 26. Atores na implantação do CAPS por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

O gráfico permite inferir que na percepção dos profissionais houve maior participação dos profissionais de saúde mental na implantação dos CAPS que dos gestores. A implantação do serviço constitui-se em possibilidade de promover uma nova assistência na área; significa também outra fonte de financiamento para os municípios na materialização das ações¹²⁷, e ainda, a oferta de atendimento a essa demanda em locais, anteriormente, desprovidos de serviços na área (Capítulo II).

Os comentários, da maioria dos profissionais entrevistados, demonstram que eles não participaram do processo de implantação dos CAPS I nos dois municípios estudados; da mesma forma, aqueles que participaram desse processo não participaram da pesquisa, pois já não trabalhavam nos municípios em questão¹²⁸.

Os entrevistados informaram que a implantação e o credenciamento dos serviços estudados ocorreram entre os anos de 1997 e 2003. Nesta época havia maior interesse por

¹²⁷ O financiamento citado foi definido pela Portaria 189 de 2002 que inseriu novos procedimentos ambulatoriais na tabela SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde) ampliando a fonte de financiamento. Foi corroborado pela Portaria 245/GM de 2005 com a destinação de incentivos financeiros de diversos valores para implantação de novos CAPS, tendo em vista o objetivo de acelerar a estruturação e consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde em todo o Brasil. No caso dos CAPS I, o incentivo teria o valor de 20 mil reais para a fase de implantação. Outros incentivos foram definidos na mesma portaria para capacitação de recursos humanos e implantação de outros serviços substitutivos.

¹²⁸ Os motivos foram diferenciados: alguns eram contratados e outros foram transferidos para outros setores no município.

parte do Ministério da Saúde para que os municípios implantassem CAPS como forma de estruturar os serviços substitutivos e consolidar o modelo de atenção psicossocial¹²⁹. Além disso, implantar CAPS significava verba para os Fundos Municipais de Saúde¹³⁰ e por isso, muitos profissionais, ao falarem da época de implantação do CAPS, fizeram menção a distintos momentos, tais como:

- Surgimento do serviço: 37,5% em Cantagalo e 25% em Itaocara;
- Ao credenciamento: 25% em Cantagalo e 37,5% em Itaocara;
- Não souberam: 37,5% em Cantagalo e 37,5% em Itaocara;

Os comentários ilustram a implantação dos CAPS no município e seu posicionamento em relação a esse período:

Não sei exatamente porque as pessoas não sabem muito bem dizer essa história.... as que continuaram aqui; e isso é muito ruim, não conhecer a história do próprio serviço. Eu não sei como está agora, mas no início, quando a gente tentava buscar esse começo, que pudesse nos referenciar de alguma forma para o surgimento, de como foi, porque surgiu, qual foi a intenção, a gente não tinha acesso a essa história em documento. E a história contada é muito confusa, com muitas lacunas. Aparece sempre um nome de uma assistente social que teria montado a proposta, o programa, mas eu não sei, pois não a conheci, quando a gente chegou ela não estava mais aqui (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

O que eu sei de história do CAPS daqui é que ele foi implantado, foi um dos melhores no interior, na região; foi um CAPS muito bem estruturado na época, mas se utilizou os critérios eu não sei. Não sei se foi a coordenação que exigiu muita coisa, se tinha acesso direto ao prefeito, não sei, (...) era referência e houve um grande investimento, uma preparação, quando lançou e eu conheço a coordenadora, uma assistente social, o secretário era muito presente não sei se porque pensou-se na questão do dinheiro, do retorno financeiro, não sei o que encheu os olhos, mas houve muita capacitação, o município chegou a investir em especialização para os profissionais, eles tinham carro para ir e voltar do Rio; houve uma aposta, um investimento (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

¹²⁹ Prova deste incentivo encontra-se nas Portaria 336 e 189, ambas de 2002, nas quais houve a ampliação da abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados para os mesmos a partir de critérios populacionais e direcionando novos serviços específicos para as áreas de álcool e outras drogas e para infância e adolescência. Um mecanismo de financiamento próprio foi criado para além dos tetos financeiros municipais para essa rede de CAPS – um financiamento extra-teto – remunerado através do Sistema APAC-SIA (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Sistema Informações Ambulatoriais) e financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

¹³⁰ A Portaria cita incentivo inicial e antecipado de 20 mil reais para CAPS I, que se refere aos casos estudados; o valor de 30 mil para CAPS II e CAPSi e 50 mil para CAPS III e CAPS AD. Alguns compromissos do município era enviar ofício solicitando o incentivo juntamente com projeto terapêutico do serviço, cópia de documentos dos profissionais que iriam trabalhar no serviço tendo que implantar o serviço no máximo em 3 meses após o recebimento do incentivo.

Tinha uma Assistente Social que, na época, conseguiu sensibilizar o prefeito e ela passou a responder pela coordenação do serviço. Tanto que ela conseguiu criar o CAPS e o Ambulatório AD (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Uma psicóloga estava à frente do processo, hoje está na Secretaria de Saúde daqui. Saiu daqui devido a alguns problemas (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A coordenação que fez a implementação já não está mais aqui, são funcionários do município que continuam trabalhando no município, mas que, por razões de desentendimentos e desencontros, por questões político-eleitorais foram para outros setores da saúde aqui no município. Eram psicólogos e auxiliares de enfermagem (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Existia um profissional de Psicologia aqui, que estava em outro município também e estava tentando implantar o CAPS (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Uma psicóloga que era coordenadora do CAPS e da saúde mental do município. Houve a implantação e credenciamento do CAPS e da Residência Terapêutica. Dentro do serviço de saúde mental do município existe o CAPS, a Residência Terapêutica e o leito psiquiátrico credenciado em hospital geral. O leito psiquiátrico foi perdido por não ter sido utilizado, porque até quando era utilizado, ele não era registrado, faturado como leito psiquiátrico; se a gente tinha um paciente nosso lá internado, eles não faturavam como psiquiatria, mas como código da doença clínica que ele tinha como pneumonia, doença cardíaca, hipertensão. E isso foi um atraso no meu ponto de vista, pois conseguir isso, naquela época, era muito difícil. Aqui foi um dos primeiros CAPS do Estado do Rio no interior, então era tudo muito trabalhoso, moroso. A residência ainda funciona com enormes dificuldades e a prefeitura também ajuda, pois o faturamento que vem não dá para custear água, luz, aluguel (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Dentre os que afirmaram que não sabiam sobre a época da implantação dos serviços citaram como principais motivos, o fato de não residir no município; de não trabalhar no serviço na época; e, ainda, que não tiveram acesso a nenhuma documentação sobre o tema. E os que souberam mencionar algum fato relacionando à implantação do CAPS I indicaram iniciativas de profissionais da área comprometidos com a política de saúde mental e com a reforma psiquiátrica no convencimento dos gestores. Segundo alguns profissionais, o CAPS de Cantagalo foi credenciado em 2003, mas se originou de um trabalho de cerca cinco anos antes disso. E em relação ao CAPS de Itaocara, os profissionais afirmaram que foi um dos primeiros na Região Noroeste, funcionando desde 1997.

A implantação dos CAPS I, dentre as ações de saúde mental nos municípios, evidencia a descentralização como forma de organização das ações e dos serviços de saúde junto com a participação da comunidade e o atendimento integral, que já foi abordado em itens

anteriores¹³¹. E o formato, como a descentralização se materializa nos municípios, será abordado no próximo item a ser apresentado.

3.6. Aspectos da descentralização na saúde mental dos municípios

As mudanças introduzidas, por meio da Constituição Federal, delegaram maior poder e responsabilidade aos municípios, e exigia também que tivessem maior capacidade para efetua-las. Entretanto, não foram tomadas iniciativas para dotá-los de capacidade para desempenhar seu papel com êxito. Assim, a municipalização deparou-se e, ainda se depara, com problemas como a dependência financeira da maioria deles em relação à transferência de recursos; a prática do clientelismo político; a capacidade técnica¹³² – embora ela tenha aumentado atualmente¹³³.

Sendo assim, apresentaremos, neste item, aspectos da implantação dos CAPS e da articulação da política de saúde mental no município, com diferentes instâncias de governo, exemplificadas através da relação entre o município, o Estado e a União com o CAPS, no âmbito da saúde mental. Tratará, então, dos critérios utilizados na implantação do CAPS I, das formas de financiamento e da relação do CAPS e do Programa de Saúde Mental com as diferentes esferas de governo.

Segundo Portaria 336 de 2002, para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes deverá se organizar a assistência de acordo com o porte do município, disponibilizando o serviço de CAPS I e rede básica com ações de saúde mental (Capítulo I). Deste modo, a percepção dos profissionais, sobre os critérios utilizados pelos municípios para implantação dos CAPS I, será mostrada na TABELA 11.

¹³¹ Conforme artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

¹³² A questão da capacidade técnica traz um outro problema sobre a orientação desse recurso técnico-humano: se são para as práticas democráticas ou de fomento à democracia e a participação ou se reforçam o clientelismo político.

¹³³ Vide discussão de Arretche (1996) e Andrade (1996) neste texto.

TABELA 11
Critérios para implantação dos CAPS I por município

<i>Motivo da implantação do serviço</i>	<i>CAPS Cantagalo</i>	<i>CAPS Itaocara</i>	<i>Total de indicações</i>
	nº	nº	nº
Aumento da demanda	02	01	03
Número de habitantes	01	02	03
Excesso de internações psiquiátricas	01	02	03
Ausência de serviço de referência	01	02	03
Não souberam	02	03	05
Não respondeu ou não corresponde	01	01	02

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo

* Os dados estão em números inteiros, pois muitos profissionais apontaram mais de um critério de implantação.

No item não correspondeu encontram-se respostas que não apontaram os critérios utilizados; embora os profissionais tenham fornecido informações importantes sobre a Saúde Mental como explicitado nos comentários abaixo:

Existia um ambulatório e depois foi implantado o CAPS (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

O tramite para credenciamento foi moroso, mais ou menos por 1 ano e meio, porque era o início dessa saúde mental. Os outros CAPS que vieram foram mais rápido. A prefeitura bancou o CAPS aqui sozinha por mais de um ano. Não sei se a data de 1996 foi oficial. Eu não participei desse processo de aprovação, sei que teve que mandar planta do lugar onde funcionaria, um projeto técnico-político de quais os objetivos do CAPS no município; não só do CAPS, mas do projeto de saúde mental do município, pois o CAPS é só um procedimento desse projeto; teve que enviar a equipe técnica que comporia e de apoio, o que se tinha de prédio, mobiliário (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Entretanto, o critério populacional não foi o único utilizado para a implantação destes serviços na maioria dos municípios do interior¹³⁴.

Quanto ao financiamento do CAPS, todos os profissionais mencionaram o repasse de verba, citando quatro principais fontes/formas de financiamento para o serviço:

¹³⁴ Tal constatação confirma uma das indagações deste estudo, de que tal processo foi orientado em torno da demanda em saúde mental, da iniciativa de profissionais locais, ratificado pelo desejo de representantes da Reforma Psiquiátrica, ocupantes de cargos no alto escalão do Ministério da Saúde, em expandir o modelo de atenção que ora se iniciava. Por isso afirmamos que o critério populacional não foi determinante no processo.

- As três esferas de governo: 2 profissionais (25%) em Cantagalo e por 5 profissionais (62,5%) em Itaocara;
- Estado e a União: 2 profissionais (25%) em Cantagalo;
- Ministério da Saúde (União) 3 profissionais (37,5%) em Cantagalo e 1 profissional (12,5%) em Itaocara;
- Município e União: 1 profissional (12,5%) em Cantagalo e 2 profissionais (25%) em Itaocara.

Nenhum profissional mencionou a quantia de recursos recebidos – independente da fonte/forma de financiamento – os profissionais identificaram problemas como a não autonomia do CAPS na gestão do dinheiro, a mistura de verbas no Fundo Municipal de Saúde, a centralização dos recursos na Prefeitura; a insuficiência de recursos repassados ao município. Tais problemas podem ser identificados nas considerações dos profissionais sobre o tema.

Há repasse do governo federal e estadual através da APAC (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Verba do Ministério da Saúde. Antes o dinheiro era administrado pela coordenação do CAPS; hoje tudo cai no Fundo Municipal de Saúde. Antes a gente tinha uma autonomia maior de como e onde ia comprar ou o quê. Hoje não (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

O financiamento vem através do credenciamento do CAPS, das APACs. Queríamos uma conta própria para ter mais autonomia no serviço, mas o dinheiro cai no famoso Fundo Municipal de Saúde e, quando cai no Fundo, cai no fundo... Os pacientes atendidos não-APACs tinham uma contabilização que é a produtividade SUS. E ainda têm. Talvez por isso não se crie o ambulatório, pois a SMS continua ganhando os recursos, enquanto nós fazemos o trabalho com um número mínimo de profissionais (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Com recursos da prefeitura e também que vem de fora. Todo paciente nosso, que é credenciado, que é APAC, ele é faturado e o dinheiro vem e é aplicado aqui, mas não sei te dizer qual o montante, embora suspeite que a quantia que vem, não é suficiente. Quem sabe ao certo é o funcionário do Centro de Saúde responsável por esse credenciamento, a gente só faz o laudo e envia. A prefeitura dá a contrapartida porque existe uma credibilidade do serviço e ele só está crescendo. Muitos pacientes que são tratados aqui, acabam às vezes, diminuindo uma fila de hipertensão, de diabetes porque muitas vezes o fundo pode ser emocional e então o tratamento psiquiátrico ou psicológico acaba dando vazão ao tratamento em outras áreas (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Por repasse, pois o CAPS não tem autonomia para gerir seu próprio dinheiro. Mas é raro faltar remédios, a equipe é numerosa (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Os profissionais indicaram uma dependência dos municípios em relação a esses repasses, tanto pela insuficiência de recursos ou pela dificuldade de gerenciá-los de forma mais condizente com as necessidades do município. Por isso, uma relação mais próxima entre o serviço de saúde mental municipal e as instâncias de governo poderia facilitar a condução da saúde mental, por meio da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

No sentido de compreender a percepção dos profissionais sobre essa relação, eles foram indagados sobre os aspectos que a legislação indica para as prefeituras na implementação da política de saúde mental. Os profissionais citaram os seguintes aspectos:

- A construção ou reformulação do modelo local: 2 profissionais (25%) no CAPS Cantagalo e 1 profissional (12,5%) no CAPS Itaocara

Primeiro é a evitar as internações. O asilamento, acho que já está fora de cogitação, pelo menos como indicação, as internações longas; e quando necessário tudo bem, mas que se evite isso ao máximo. E para isso tem os equipamentos substitutivos que possam prestar assistência que não seja a internação. E também os programas que oferecem como recursos para evitar as internações como os programas que oferecem benefício, a questão da moradia (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A reformulação do modelo assistencial, embora não fale na legislação desta forma, mas reconhecendo que ali tem um sujeito de direitos e deveres; talvez não fosse a palavra sujeitos, mas fala de direitos, de responsabilizar esse sujeito pelas suas questões, no sentido de implicá-lo, de que o sofrimento que ele traz é legítimo, que ele precisará, de alguma forma, durante o tratamento, dar conta disso. A participação da comunidade; a inserção desses usuários na comunidade, o exercício da cidadania deles, a questão da internação (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Com a descentralização, a responsabilidade dos municípios aumentou muito. As verbas são repassadas, mas as responsabilidades aumentaram de estar diagnosticando, tratando, fazendo o controle da crise, controlando as internações... As responsabilidades são muitas. (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara)

- Estruturar o serviço; fornecer atendimento: 50% CAPS Itaocara;

Manter o CAPS. A alimentação, a medicação, número de profissionais. Isso é obrigação básica do município. A própria legislação do CAPS exige um número mínimo de profissionais para assumir o CAPS I (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

O atendimento que é digno; eu vejo assim aqui (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Existe uma tendência de municipalizar tudo, então a legislação responsabiliza a prefeitura nas questões administrativas, funcionais - do grupo de funcionários. E, às vezes, a contrapartida deixa a desejar, o

respaldo do governo do Estado porque aqui a gente tem que fazer o papel de convencimento dos nossos gestores, que não estão totalmente por dentro ou sensibilizados nas questões de saúde mental. Aqui, especificamente, teve um avanço muito grande porque o CAPS é antigo, mas eu sei que é uma realidade do município, e eu não sinto esse apoio de uma pessoa de fora para vir, porque aqui a gente tem atravessamentos de quem está falando, se faz parte ou não do mesmo grupo político, isso é ouvido diferente. Então, uma pessoa de fora, ela tem pelo menos uma capa de neutralidade e isso somaria para a equipe que trabalha no CAPS, respaldaria nossa fala em muitos momentos. Em algumas prefeituras fica complicado, pois nem todo município tem estrutura, população que a legislação prevê, ou tem facilidade de mão-de-obra habilitada que é prevista; e aí para abrir um concurso fica oneroso e contratar não pode... Para alguns municípios fica difícil. Sinto pouca contrapartida de quem teria condições de orientar (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Garantir direitos como transporte e alimentação para os usuários (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

- Não sabiam: 2 profissionais (12,5%) em ambos os CAPS;
- Não corresponde: 5 profissionais (62,5%) CAPS Cantagalo e 2 profissionais (25%) CAPS Itaocara.

Os profissionais não citaram os aspectos e alguns afirmaram que não existiam determinações sobre tais aspectos; outros disseram que o município não seguia tais aspectos ou que muitas vezes não conseguia concretizá-los; e, por último, aqueles que forneceram informações que não abordaram o tema da pergunta.

O pouco que eu consegui ler em leis de saúde mental, deixa muito buracos, eles não determinam muito o que é dever de cada um fazer. Fica um ponto de interrogação aí (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

É determinada uma coisa, tem a lei, ela determina, cria as ações, as propostas que é para se implantar, mas vai muito da cabeça de quem está lá do outro lado, se vai aceitar ou não, se vai investir na proposta ou não; o que vem em termos de lucro vai ser absorvido. É conforme a visão. Tem oito meses que estou aqui e nesse tempo não teve melhoria de nada, não mudou nada, o que é que se acrescentou aqui? Eu não vejo melhoria por conta de alguma coisa que foi determinada em lei...um projeto novo; uma ação nova; ou a gente vai investir nisso; até hoje não vi isso aqui. Então assim, um exemplo é o projeto de supervisão dos CAPS. O CAPS desde que implantou é isso aqui; foi implantado e ficou funcionando naquelas mesmas normas (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

O Ministério da Saúde levanta a bandeira de que está tudo ótimo, de que as ações vão ser boas. A gente sai da reunião da Assessoria do Estado todo entusiasmado e aqui, no município, leva banho de água fria. Eles idealizam e não vêem qual a possibilidade concreta de acontecer nos municípios. Então, nós ficamos com a parte pior que é fazer a coisa funcionar (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Indica os tramites legais para o Programa de Saúde Mental acontecer, mas há dificuldade de efetivar essa legislação (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

As leis são dispositivos que o município pode utilizar para avançar no trabalho. Facilitadoras a partir da Lei da Reforma 10.216. Novas leis estão surgindo na área de geração de renda (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Os municípios não têm muito entendimento na legislação, sempre a gente que tem que dizer qual lei indica o quê, o dinheiro tal... (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

O plano diretor e a Lei Orgânica de alguns municípios contemplam isso, mas dos outros, onde trabalho, eu não sei (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

No âmbito da saúde mental, as esferas municipais são responsáveis pela implantação de dispositivos assistenciais que prestem atenção psicossocial aos usuários de acordo com os critérios populacionais e com a demanda municipal. Eles podem ser de diversos tipos, entretanto os CAPS são considerados os serviços estratégicos na organização da rede de serviços. Na percepção dos profissionais de Itaocara, esta responsabilidade ficou mais evidente para 62,5%, enquanto apenas 25% em Cantagalo. Dentre os que não sabiam ou que a resposta não correspondeu 75% foi em Cantagalo e 37,5% em Itaocara.

Os profissionais foram indagados também sobre a articulação do município com o Estado e o governo federal no âmbito da saúde mental, no sentido de identificar a sua percepção sobre essa relação. Assim, sobre a relação do CAPS com o Estado no âmbito da saúde mental os profissionais afirmaram que:

- Positiva: 2 profissionais (25%) no CAPS de Cantagalo e 5 profissionais (62,5%) no CAPS de Itaocara;

Os profissionais citaram o treinamento, as capacitações e a supervisão clínica como fatores positivos desta relação. Entretanto, citaram as visitas esporádicas da Assessoria Estadual de Saúde Mental ao serviço, a distância do município em relação ao Rio de Janeiro e a necessidade de aumentar a mediação na relação entre os profissionais locais e os gestores municipais. As citações abaixo exemplificam a percepção dos profissionais sobre o assunto:

Só através dos encontros que a Coordenadoria de saúde mental do município faz com a Assessoria Estadual; tem cursos, capacitações, eles nos informam sobre isso e a gente tenta ir; a capacitação para ações e prevenção do suicídio e o NASF são exemplos dessa ligação (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Sempre considerei a equipe do Estado parceira. Em alguns momentos poderiam agir com mais agilidade e vigor, principalmente o papel de mediador poderia ser melhor usado por eles (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

É favorável, mas a distância impossibilita muito; muitas coisas poderiam ser resolvidas mais fáceis (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Essas informações sobre verba e supervisão eu não poderia te dar de uma forma tão específica. Sobre a articulação eu vejo que existem as reuniões mensais com a assessoria do estado; existem alguns encontros no Hospital de Bom Jesus que a assessoria está lá e a gente também, através de algum funcionário do CAPS. Em 2006, o CAPS recebeu o título de Qualidade em Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde que aconteceu por conta do número reduzido de internações, que não me lembro ao certo, mas foi significativo em relação a outros municípios e agora a gente está com a supervisão clínica que vem da Assessoria estadual (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Na questão do treinamento dos profissionais, nas ações promovidas pelo Estado – a questão de álcool e outras drogas (Assistente Social – CAPS Itaocara).

De vez em quando eles vêm aqui; a coordenadora do CAPS também vai às reuniões no Rio (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

É uma boa parceria – tem a nossa supervisora que é em relação ao governo e quanto ao município, não adianta ter uma boa coordenadora e não ter um gestor que creia no trabalho da equipe de saúde mental (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

- Restrita: 6 profissionais (75%) CAPS de Cantagalo e 2 profissionais (25%) CAPS de Itaocara;

Os profissionais afirmaram que a relação se baseava no repasse de dados; as informações se centralizavam na coordenadora do município; a gestão municipal se distanciava do que preconizavam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica; o município não tinha possibilidade de implementar ações; e havia uma ausência das supervisoras da Saúde Mental no município.

Precisamente eu não sei te dizer, mas o que eu consigo observar do pouco tempo que estou aqui, é que é uma articulação mínima, muito restrita. Essa articulação só acontece, quando precisam fornecidas novas informações de como se proceder burocraticamente (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Tem uma reunião mensal que, em geral, não é repassada ao restante da equipe, quem está presente é a coordenadora; é passado apenas alguns eventos, algumas questões pontuais. Eu tive a oportunidade de estar presente uma vez a uma reunião dessa e naquela reunião pelo menos, foi muito pouca a participação dessa pessoa que nos representava – a coordenadora. E talvez pela distância também, eles estão muito pouco presentes aqui no município (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Através das reuniões que a coordenação participa no Rio e alguns eventos que o governo estadual faz, que algumas vezes os profissionais do CAPS vão (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Se com a gestão municipal fica difícil, com a gestão estadual é quase inexistente. Não dá pra justificar só pela distância da capital, de fato é um fator que contribui sim, mas não pode ser justificado só por isso; existem outras formas de comunicação, por e-mail, telefone, através de encontros mensais ou a cada dois meses; com uma periodicidade maior. Nós recebemos 01 visita recentemente da gestão estadual em 01ano e 7 meses de trabalho. Eu acho que é pouco, eles poderiam estar mais presentes. E com uma visão muito atravessada dessa gestão municipal que é pouco comprometida, pouco participativa da implantação em si, dos avanços que a Reforma traz; essa visão municipal é muito distanciada das propostas da saúde mental, acaba sendo contaminada (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Não sei se tem uma boa abertura com o governo estadual. Não consigo visualizar uma articulação em si, uma interação, isso não fica muito visível. É uma coisa de cima para baixo, já vem pronto. Eu vejo por outros programas: ah eu estou com um problema aqui no município... então, eles vêm aqui e orientam ou a gente vai lá. E eu não vejo muito isso aqui na saúde mental. A parte de vigilância, de epidemiologia, de DST/Aids, eles estão mais próximos, não sei se porque o pólo também é mais próximo o que facilita a gente ir e buscar soluções (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Razoável. Eu não tenho dificuldade de acesso, mas ao mesmo tempo não sei se pela distância, eles vêm menos aqui. Pela nossa impossibilidade de implantar as ações, acaba não contribuindo para uma aproximação maior (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Desde antes da mudança de gestão municipal há oito anos já estava difícil a articulação, havia já distância entre estado e município (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Muito restrita, através da coordenadora da saúde mental do município com a própria coordenação estadual (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

- Não sabia: 2 profissionais (12,5%) no CAPS Itaocara.

Não sei dizer, pois não convivo no serviço o suficiente para ter percepção disso. Eu venho aqui, um dia na semana, atendo e vou embora (Psiquiatra – CAPS Itaocara)¹³⁵.

¹³⁵ Através das observações de campo realizadas nos CAPS percebemos que a prática dos psiquiatras se centralizava nos atendimentos ambulatoriais – consultas individuais e a própria saúde mental nos municípios se organizava desta forma. Também havia uma presença limitada dos mesmos nos serviços, apesar do contrato de 20 horas. No CAPS de Cantagalo, o psiquiatra que chegou a participar de algumas reuniões de equipe, mas isso era exceção e não a regra. Os demais profissionais de nível superior (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais) realizam todos os outros atendimentos definidos na Portaria 336/2002, tais como o atendimento em grupo, atendimento em oficina, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, para além do atendimento individual que também realizam. Também participam das reuniões de equipe, de reuniões com outras instituições e, em geral, quando necessitam de alguma informação médica, tinham que se reportar aos mesmos e solicitá-las, em virtude do pouco tempo desses profissionais nos serviços, e por não participarem de todas as atividades que profissionais não-médicos realizam, dentro da rotina de um CAPS. Não se trata de crítica a esses profissionais ou de responsabilizá-los pela forma como desempenham sua profissão nos serviços de saúde, mas a própria forma como o serviço de saúde se organiza, em bases especificamente ambulatoriais e de atendimento individual, direciona e reforça esse tipo de situação. Isso parece contraditório, pois se fala em tratamento intersetorial e interdisciplinar do sujeito e da necessidade de compreender a loucura nas suas múltiplas dimensões, mas isso enfrenta dificuldades para se concretizar.

Sobre a relação do município com o nível federal, no âmbito da saúde mental, os profissionais consideraram-na de quatro formas:

- Distante: 25% CAPS Cantagalo e 12,5% CAPS Itaocara;

Os profissionais sinalizaram que a relação privilegia aspectos legislativos, de cumprir ou não o que é exigido na lei e o repasse de informações sobre os serviços.

Fica só na legislação, não tem nenhuma proximidade. O que me parece também que é de mão única: as leis vêm e são ou não cumpridas, eu não sinto que a gente tenha qualquer espaço de fala junto ao Ministério da Saúde (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Estou na coordenação a 1 ano e pouco e não tenho muito contato; é mais por e-mail para cadastrado de unidade. Mais por correspondência (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Não há relação direta. É mais burocrática, há uma distância porque o município é pequeno, mas não é só isso. Somos poucos sinalizados no nível nacional, pois o Carmo é um município vizinho e menor, que teve impacto no cenário nacional pela história de asilamento de usuários. Nós também não temos grandes feitos que possam ser destacados; o que fazemos está dentro do normal (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Difícil de responder isso, porque a gente quase não tem contato com o governo federal, a nossa referência é mais a assessoria de saúde mental do estado (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

É mais distante ainda a relação, mas ainda existe algum contato (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

- Dificultada pelo município: 1 profissional (12,5%) CAPS de Cantagalo;

Mais difícil ainda porque o projeto de supervisão foi tentado pela equipe, inclusive é uma verba que poderia contribuir muito para a implantação da política de saúde mental foi jogada no lixo... Qualquer tentativa de modificação é fortemente criticada e essa é a palavra mais leve que eu consegui usar, e sempre por medidas punitivas (pelo gestor municipal). E aí, todo o apoio que pudesse receber fica impedido. Parece que o desejo que os profissionais de saúde trazem para o seu trabalho é fortemente, pelo menos é tentado... é morto, rechaçado (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

- Pontual: 4 profissionais (50%) no CAPS Itaocara

Os profissionais citaram aspectos específicos como a supervisão clínica e o direcionamento de verbas.

De alguma forma essa supervisão que vem da assessoria tem alguma vinculação com o Governo Federal e as verbas também, que são repassadas pelo governo federal (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Na verba (Assistente Social – CAPS Itaocara).

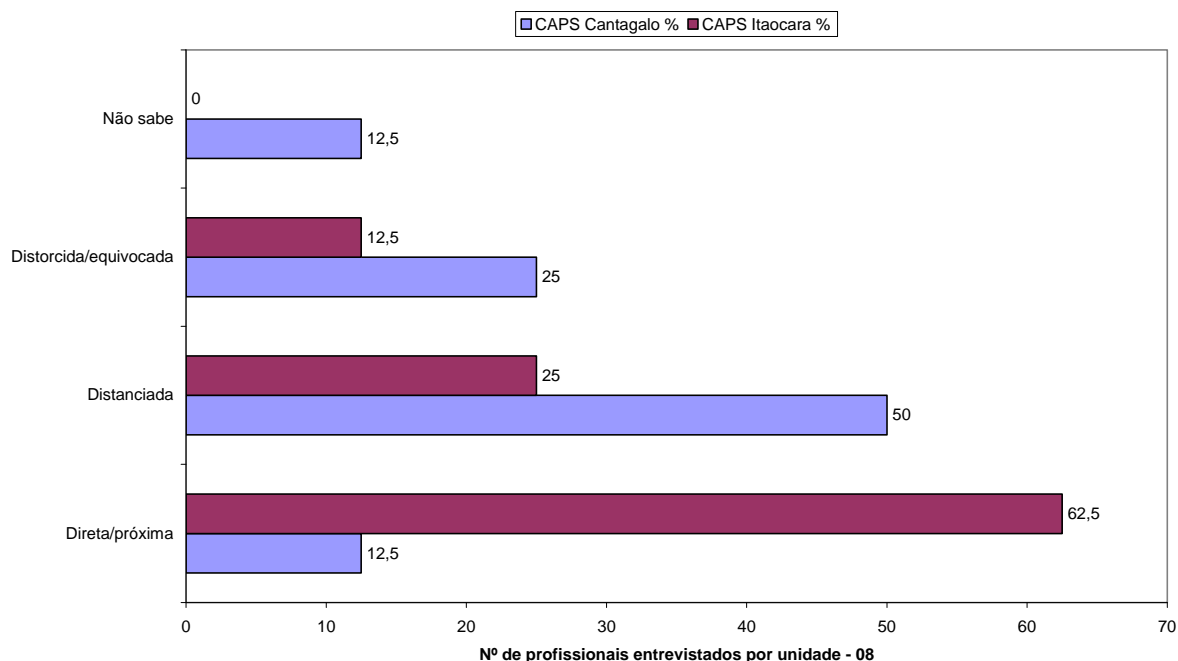
Através da supervisora e também com da reunião com a Assessoria (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Acho que é a mesma em relação à última resposta. (É uma boa parceria – tem a nossa supervisora que é em relação ao governo e quanto ao município, não adianta ter uma boa coordenadora e não ter um gestor que creia no trabalho da equipe de saúde mental) (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

- Não sabiam: 3 profissionais (37,5%) no CAPS de Cantagalo e 2 profissionais (25%) no CAPS de Itaocara.

As percepções dos profissionais, sobre a articulação do município com o Estado e a União, no âmbito da saúde mental, caracterizaram-na respectivamente como restrita e distante para os profissionais do CAPS Cantagalo; positiva e pontual para os profissionais do CAPS Itaocara. Assim, sobre a relação do CAPS com os governos (GRÁFICO 27), no que tange ao atendimento e suporte à saúde mental, boa parte dos profissionais, em Cantagalo, caracterizou a relação como distanciada e a maioria dos profissionais em Itaocara caracterizaram-na como próxima/direta.

GRÁFICO 27. Características de relação entre o CAPS e as esferas de governo por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os que consideraram a relação direta/próxima observamos a maioria dos profissionais do CAPS de Itaocara - 5 profissionais (62,5%) e 1 profissional em Cantagalo

(12,5%) que citaram: a presença de representantes do governo municipal no serviço, o apoio recebido e o reconhecimento do serviço por parte do Estado. Os comentários expressam as percepções dos profissionais:

Tem uma relação direta. A saúde mental e as propostas da reforma são uma política que governo... Estamos diretamente ligados a ele. A comunicação deve ser constante na formulação da política e na utilização, no que se considera ali como diretriz. Há uma autonomia, deveria haver, dos profissionais que trabalham nesses CAPS na condução, na construção clínica de cada caso, mas eu entendo que há uma política a qual esses serviços, esses profissionais estão submetidos; então, a autonomia tem que estar totalmente articulada às questões clínicas da instituição, mas lembrando que há uma diretriz de governo, de política pública daquele serviço ao qual ele pertence. Tem que ser um diálogo permanente em toda relação (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Excelente, vou me basear na relação com o governo municipal. A gente tem uma relação muito boa com o prefeito, com o vice-prefeito. Sempre que a gente solicitou alguma coisa, a gente sempre recebeu, aqui tem muita comida, medicação. Não tenho o que reclamar. Toda festa o prefeito está aqui, comemoração do Natal, os pacientes têm uma referência muito grande com ele (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

É uma relação de troca, positiva, até onde eu acompanho. A gente não vem enfrentando dificuldades em relação às nossas propostas... a gente recebe apoio (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

A relação é direta e positiva, pois funciona por meio das parcerias que facilitam a existência do CAPS, que não existiria se o SUS não fosse a nível federal. A universalidade do SUS fala disso – todas as instâncias de governo em prol disso (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

É uma boa relação. O CAPS tem uma homenagem pelo trabalho desenvolvido – Prêmio Qualidade em Saúde. Eles têm uma boa visão quanto ao trabalho do CAPS (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Hoje é muito boa (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Dentre os que caracterizaram a relação entre os CAPS e os governos como distanciada, foram 4 profissionais (50%) em Cantagalo e 2 (25%) em Itaocara. Eles afirmaram que tal relação só se dava nas emergências psiquiátricas, que não havia proximidade em termos de auxílio técnico, supervisão ou apoio por parte das demais esferas e de mediação com os gestores locais.

Está muito enfraquecida. Acho que uma das reivindicações que vêm surgindo na equipe de diversas maneiras é que pelo menos o Estado se aproxime mais. Parece que a gente fica muito esquecido aqui. Acho também que tem uma centralização muito grande de Coordenação de saúde mental e da Coordenação do CAPS; na relação com o Estado essas instâncias que

estão à frente; não tem muito espaço para os outros técnicos estarem também interagindo e discutindo. Talvez por isso seja a sensação de distância, porque tem reunião mensal (com o Estado), mas parece que não tem. É como se nada chegasse a nós (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

As únicas reuniões que tivemos com outras esferas foram quando teve problemas aqui com o governo municipal. Com o governo estadual, acontecem reuniões mensais da coordenação do CAPS com a Assessoria Estadual. A enfermagem daqui tem alguns profissionais no Conselho Municipal de Saúde (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Implementaram a Reforma e esperaram que cada município faça o melhor possível. Os governos tinham que estar mais juntos com os profissionais da ponta para fazer as modificações necessárias e também fazendo o trabalho de conscientização dos gestores, pois estes não sabem o que ocorre no CAPS (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Com o governo federal é boa; a verba vem certa. A Assessoria do Estado dá apoio, tem boa intenção, mas não tem noção de como é a ponta. A política de saúde mental é incompatível com o Tribunal de contas. O funil aperta quem está na ponta dos serviços. O mais difícil é a relação com o município. O acesso é mais próximo, mas as barreiras são maiores – vemos de perto que não acontece (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Não sei muito bem dizer a relação com as outras esferas, estadual, mas acho que o CAPS aqui no município funciona como... O bonito seria dizer que é o único dispositivo de saúde mental, mas não é isso. Ele funciona como um quebra-galho. Enquanto a gente estiver absorvendo tudo que vem para cá, apesar de não ser nossa demanda, isso não vai melhorar. Então, a relação daqui do CAPS com o governo é de acatar o vem, acolher, absorver. Eu vejo muito pela atenção básica que recorre à atenção secundária, nas especialidades, tudo deles recorre para lá; está ruim, mas alguém segura a onda. E a gente aqui também segura a onda. É se livrar e mandar para cá. Então, a gente acaba acatando, segurando; tomam as decisões e a gente absorve aqui (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Só vejo na questão da verba. A coordenadora vai às reuniões e democratiza as informações passadas pelo Estado (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Boa, mas tenho críticas é em relação ao estado porque existe muita cobrança, muito documento, formulário e a atuação deles não é muito próxima no sentido técnico de supervisão, de auxílio, de apoio. A prefeitura é mais próxima, os repasses são feitos em dia. O governo federal é mais distante, mas ainda assim tem um contato por e-mail, respostas. Hoje, o grande vilão seria o governo do estado... É mais cobrança que apoio. Toda vez que a gente solicita apoio para resolver um problema que o olhar de uma pessoa de fora ajudaria, a gente não tem retorno. Na hora de uma supervisão, de vir participar de uma reunião para trocas técnicas... Eu não consigo visualizar esse apoio. A distância é um fator de impedimento também, mas o governo do estado, desde oito anos atrás, já estava difícil e agora piorou. Acho que tem uns quatro anos que não vem aqui. A gente está agora com supervisão, mas via governo federal; já teve o repasse da verba, tudo direitinho para o custeamento da supervisão; a nossa coordenadora que encaminhou diretamente para Brasília o projeto solicitando a supervisão,

depois de infinitas solicitações sem sucesso ao governo estadual (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Dentre os que caracterizaram a relação como distorcida/equivocada argumentaram que os diferentes níveis de governo não têm uma preocupação com a Reforma e visualizam no CAPS a estrutura que dará conta da exclusão dos ditos loucos, desconsiderando o papel que cada esfera teria para promover o acesso aos direitos e às condições de vida digna para esse segmento da sociedade. As afirmações abaixo ilustram a postura dos profissionais quanto ao tema:

Eles consideram o CAPS como forma de resolver problemas como a exclusão social que os incomodavam. Mas não é bem assim; eles vêem o CAPS como paliativo (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Não vejo hoje preocupação específica dos governos com isso – do Governo Lula, que seria um governo de esquerda, com esse contingente que sofre psicicamente. O momento de saída da ditadura, o movimento de organização para a questão do Movimento da Reforma que também não sabia a direção que estava sendo trilhada, pois estávamos fazendo a história e éramos os próprios atores da mudança. Houve inserção de militantes da Reforma no poder que provocaram essa ressonância, e ainda há. Então, é isso que tem produzido o que temos hoje, mas não poderíamos dizer que com uma preocupação dos governos em si (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Os dados mostram que muitos aspectos da descentralização têm se efetivado de forma incipiente. A municipalização dos serviços, como ênfase deste processo, contempla a responsabilidade pela execução dos serviços, o fornecimento de insumos como verbas, capacitação de recursos humanos e supervisão de serviços, por parte do Estado e da União. Entretanto, tais aspectos ainda não se concretizaram, principalmente na percepção dos profissionais do CAPS de Cantagalo. No CAPS de Itaocara, apesar de observarem os pontos críticos desta relação, principalmente no que tange ao apoio e supervisão do Estado, os profissionais destacaram muitos pontos positivos como a supervisão clínica e o prêmio recebido pela redução no número de internações, constituindo-se em fatores que estimulam os profissionais.

As melhorias no panorama municipal influenciam na construção da atenção em saúde hierarquizada com supervisão, e assessoria para concretizar a transformação de paradigma tradicional na realidade dos serviços de saúde mental. Neste sentido, encerrando este capítulo, no próximo item apresentaremos a percepção dos profissionais sobre as condições de funcionamento dos serviços de saúde mental; a relação entre a Reforma Psiquiátrica e a cidadania no serviço, e nas ações no âmbito da saúde mental e das políticas sociais bem como

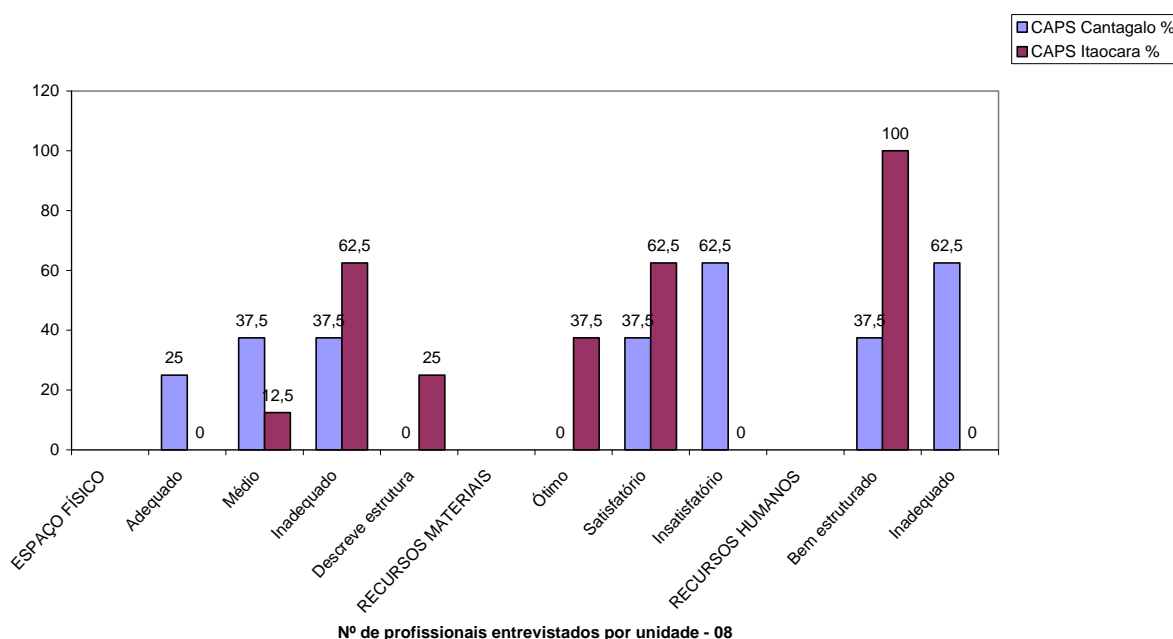
sobre a garantia de direitos e de construção de um cuidado integral através da intersetorialidade.

3.7. Limites e Possibilidades da Saúde Mental nos municípios: entre a reforma psiquiátrica e a cidadania

Neste item, os profissionais avaliaram a construção das ações de saúde mental nos CAPS I estudados. Tal avaliação abordava a estrutura e organização do serviço; as condições de atendimento das demandas de saúde mental; a caracterização da articulação entre a Reforma e a cidadania no município; a avaliação das ações de saúde mental quanto à garantia de direitos e à articulação com outras políticas; e as percepções gerais dos profissionais sobre a saúde mental ou o processo de entrevista (comentário final).

A proposta de avaliar a estrutura/organização do CAPS I visava possibilitar, aos profissionais, a análise de aspectos como o desempenho de seu trabalho, o investimento da gestão municipal no serviço, a capacidade de atendimento. O GRÁFICO 28 sintetiza suas considerações sobre o espaço físico, a oferta de recursos materiais e humanos nos municípios.

GRÁFICO 28. Avaliação da estrutura do CAPS: espaço físico, recursos materiais e recursos humanos por município (%)



Nº de profissionais entrevistados por unidade - 08

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Sobre o espaço físico, os profissionais avaliaram suas condições como adequadas, medianas, inadequadas ou descreveram a estrutura do serviço. No CAPS de Cantagalo, 6 profissionais (75%) consideraram as condições entre média e inadequada e citaram fatores como má divisão do espaço, a acústica ruim e o funcionamento do ambulatório e do CAPS no mesmo espaço físico. No CAPS de Itaocara, prevaleceram as considerações sobre uma estrutura física inadequada, indicada por 5 profissionais (62,5%). Os comentários, a seguir, ilustram as percepções dos mesmos sobre a estrutura física dos CAPS I nos municípios.

A gente tem uma estrutura física boa, mas mal dividida (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

A gente tinha uma perda de algumas salas que estavam sem condições de uso por causa de mofo, por estarem danificadas. Depois de 1 ano e meio, a reforma está sendo feita e eu acho que vai ficar legal, em relação aos outros lugares que já estive CAPS ou dispositivos parecidos, aqui é bem amplo e bem distribuído (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

O número de salas é insuficiente para o número de profissionais. Agora com a reforma, esse número de salas vai aumentar. A oficina também é um espaço grande. A horta também é legal (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Eu não acho uma casa adequada; até que o espaço das oficinas e horta é grande, adequado, mas as salas de atendimento têm um problema de acústica; nesta sala aqui, às vezes, eu não consigo ouvir o que o meu paciente está falando, mas consigo saber o que está se passando lá fora. É muito difícil, as pessoas gritam o tempo todo – principalmente os profissionais. O número de salas está mais razoável agora, já estive bem pior: a gente tinha uma sala de atendimento em grupo, atendimento individual e acolhimento porque a outra estava mofada, a outra era dispensa de alimentos e a outra, sala de profissionais onde as pessoas entravam o tempo todo, tinha a medicação. A divisão está mais razoável, com a obra; duas salas de atendimento individual, uma de grupo e acolhimento; deveria ter um espaço para repouso na sala de enfermagem para quando fosse necessário para o usuário que não estivesse passando bem ou chegasse alcoolizado. Mas agora as coisas estão melhores, mesmo que a acústica seja um problema eu acho que resolve bem se as pessoas tentarem conter um pouco mais as vozes (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

No momento péssimo, por causa da obra. Tem um bom espaço que a gente consegue aproveitar bem; essa obra agora está ampliando as salas (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

(...) 3 consultórios; recepção, 1 sala de arquivo; sala de reunião, sala de enfermagem, cozinha, 2 banheiros, 1 refeitório. Após a reforma, teremos mais um espaço de oficina. Se funcionasse só o CAPS, o espaço seria ótimo (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo)

Algumas figuras (fotografias) ilustram as considerações dos profissionais sobre o espaço físico do CAPS de Cantagalo. A FIGURA 11 mostra uma das salas de atendimento mencionada pelos profissionais. A mesma encontrava-se sem condições de trabalho em virtude de infiltração que provocou o mofo que se alastrava pela parede e o descascamento das mesmas. Tal sala fora apelidada pelos profissionais como “sala do mofo” dada à situação da sala de atendimento. Mesmo após a reforma, tal sala ainda continuou com infiltração, pois não foi mexido no telhado do CAPS e, quando iniciou o período das chuvas, os problemas voltaram.



FIGURA 11 - Sala de atendimento 1 (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

Na FIGURA 12, pode ser observado o funcionamento de dois ambientes um, na frente que era a sala de enfermagem e outro atrás dos armários, que era a sala de reunião da equipe. Segundo os profissionais, a divisão de tal espaço se deu, pois onde funcionava a dispensa, em prédio anexo ao CAPS, foi interditado pelo excesso de infiltração. Os problemas gerados por essa junção foram o espaço inadequado para a enfermagem administrar medicações, para disponibilizar maca para usuários nos casos necessários, além de impedir a utilização da sala por outros profissionais quando a enfermagem estivesse utilizando para algum atendimento.



FIGURA 12 - Sala de Enfermagem e Reunião (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

A FIGURA 13 mostra a sala de reuniões possibilitando visualizar as condições de manutenção da mesma. Ao fundo armários com materiais de oficina, o que provocava um trânsito grande de profissionais para apanhar materiais, e onde também se situa um dos banheiros que é utilizado pelos profissionais. O que pode ser observado é o mau estado de conservação das paredes que estavam descascadas.



FIGURA 13 - Sala de Reunião 1 (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

A sala de armazenagem dos alimentos (dispensa) (FIGURA 14) funcionava na sala da enfermagem, pois o espaço, anteriormente utilizado, tornou-se inadequado pela infiltração, conforme informações dos profissionais.



FIGURA 14 - Antiga Dispensa (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

Dentre os profissionais que consideraram o espaço físico adequado foram 2 em Cantagalo (25%). Os entrevistados mencionaram a reforma no prédio ocorrida durante o período em que a pesquisa foi realizada no serviço. Estes profissionais, especificamente, foram entrevistados já ao término da referida reforma e citaram-na como fator de melhoramento.

Adequado pós-reforma. Tem área livre, a horta. A dificuldade é da localização, os vizinhos se incomodam. Mas acho que tem que ser ali mesmo, numa área central (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

O espaço é bom e amplo; as obras que foram feitas melhoraram (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

As figuras que seguem demonstram as condições do prédio após a reforma realizada no CAPS de Cantagalo. As FIGURAS 15, 16, 17 e 18 mostram, respectivamente, o refeitório, a sala de reuniões que pôde ter seu espaço melhor aproveitado, no salão de oficinas e a sala da enfermagem. Entretanto, alguns problemas se mantiveram como o fato de não ter sido feito reparo no telhado, não resolveu a questão da infiltração em algumas salas e continua danificando a pintura.



FIGURA 15 - Refeitório 1 (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

Durante as observações de campo, foi constatado que no CAPS de Cantagalo, profissionais e usuários utilizam o mesmo refeitório e o tipo de refeição e o horário é o mesmo para todos. Isso demonstra que os profissionais buscavam fazer com que os horários de refeição se constituíssem também em espaços terapêuticos. Entretanto, nas visitas realizadas para observação de campo, e entrevista no CAPS de Itaocara, foi constatado que não havia esse tipo de integração entre usuários e profissionais, e o refeitório utilizado também não é o mesmo¹³⁶.



FIGURA 16- Sala de Reunião (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

¹³⁶Em uma das visitas fui convidada para almoçar por um dos entrevistados. Ao chegar à cozinha para me servir, percebi que os usuários já haviam almoçado, em um espaço que foi improvisado como refeitório pela equipe, com mesas situadas pelo corredor. Apesar de ser servida a mesma refeição, os profissionais tinham um espaço reservado com uma pequena mesa, anexo à cozinha. Portanto, não foi utilizado, ao menos no dia que pude presenciar alguma refeição, este espaço como também uma forma de cuidado.



FIGURA 17 - Salão de Oficinas (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.



FIGURA 18 - Sala da Enfermagem (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.

No CAPS de Itaocara, nenhum profissional dentre os entrevistados considerou o espaço físico adequado - 5 deles (62,5%) afirmaram que o mesmo inadequado para a demanda do serviço.

Poderia ser maior. Quando nós começamos, era suficiente, mas hoje o número de pacientes quadruplicou, então, hoje precisa ampliar o espaço. O prédio aqui é da prefeitura. Talvez se nós fizemos alguma coisa lá em cima, para passar os ambulatórios lá para cima e aqui embaixo ficar só o CAPS (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Acho pequeno (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Pode ser melhor; não é ruim, mas não é adequado. Uma melhora que pode ser feita é a ampliação para o segundo piso (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Pequeno pela demanda de hoje (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Poderia ser melhor (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

As figuras que seguem mostram o espaço físico do CAPS de Itaocara.



FIGURA 19 - Recepção/Hall – (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.



FIGURA 20 - Corredor de acesso à sala de oficina e consultório (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.



FIGURA 21 - Cozinha e acesso ao refeitório da equipe técnica (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.



FIGURA 22 - Refeitório da Equipe (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.



FIGURA 23 - Espaço terapêutico, tv e refeitório dos usuários (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.

Algumas questões assinaladas pelos profissionais, quanto ao espaço físico do CAPS, foram registradas através do diário de campo como ilustra o relato abaixo¹³⁷:

Após aguardar alguns momentos na recepção, o profissional que entrevistaria me chamou e disse que teríamos que fazer a entrevista na secretaria do CAPS, pois não havia sala disponível. Me perguntou se havia problemas, visto que tinha vários outros profissionais ali. Devolvi informando que dependeria dela e que se ela não se incomodava, por mim estaria tudo bem. A entrevista iniciou ali ao fundo da sala; nas mesas da frente, as secretárias estavam atendendo pessoas que entravam e saíam. Trata-se de um espaço de passagem que dá acesso a duas salas de atendimentos que estavam ocupadas no momento pela Psicologia. Várias interrupções se sucederam por parte de usuários e de profissionais. Já em mais da metade da entrevista e após várias interrupções uma das salas vagou e ela me chamou para que a ocupássemos dizendo: isso é um dos problemas que temos, muitas vezes não tenho sala para atender, os meus prontuários não são separados... Mas eu não esquento com isso (Diário de Campo, 06/11/2008).

O relato do profissional e sua percepção sobre a situação demonstraram que a convivência com determinadas questões que outrora pareciam incomodá-lo parecem já não lhe provocar o mesmo efeito. Primeiramente porque em relação à entrevista, a privacidade e o sigilo não foram tomados como um direito do profissional, e também a ausência de espaço adequado de trabalho já não lhe causava tanto incômodo; e ainda, não foi considerado como direito do usuário que atende, e um dever por parte da instituição, em garanti-los, o que acaba banalizando/naturalizando o fato da instituição não oferecer condições adequadas para o trabalho e o atendimento à população.

Sobre os recursos materiais, a equipe de Cantagalo avaliou entre insatisfatório e satisfatório, respectivamente com 62,5% e 37,5% das indicações. Os profissionais citaram a falta de material para as oficinas, a falta do automóvel para atividades fora do CAPS, a falta de manutenção nos aparelhos eletrônicos e falta de medicação, em menor intensidade. Os comentários abaixo ilustram aqueles que consideraram os recursos materiais do CAPS de Cantagalo como satisfatórios (37,5%).

A gente tem pequenas carências, mas que não são significativas. Por exemplo, falta de materiais para fazer as oficinas, a demora das licitações, falta de alguns medicamentos (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Satisfatório. Em relação ao computador é que está precário, a gente não tem internet também (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

¹³⁷ Tal situação foi apresentada pelo profissional antes de iniciarmos a entrevista.

...Quanto aos recursos materiais a gente só herdou, todo o material que tem, é bom, não falta nada e o fato da gente ter herdado é isso que contribuiu... A medicação tem, falta lá uma coisa ou outra, mas tem boa oferta; o material de oficina a gente herdou bastante coisa, tem material para trabalhar, mas o que já tinha antes. Nada que tenha sido adquirido (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Dentre os que consideraram insuficientes foram 5 profissionais (62,5%):

Falta internet; não temos o carro mais à disposição e isso prejudica as visitas domiciliares e o acesso a outros serviços. O material das oficinas ainda não chegou e a gente tem feito com o que tem (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

É um problema grave: a gente não tem computador pra trabalhar, não tem internet que são coisas básicas que permitem a pesquisa, o acesso a informações da Assessoria, dos eventos, das discussões que estão acontecendo; não permite a comunicação entre outros serviços que também poderia haver via e-mail; material para as oficinas, pois acaba que o tem não é suficiente para produzir alguma coisa tipo: você tem a tinta para o tecido, mas não tem o tecido, você tem a madeira e não tem a tinta para a madeira; o que eu percebo que são sobras de materiais de antes da gente vir para cá; o que de fato chegou depois de um ano e meio de trabalho foi muito pouco e o CAPS tem uma verba para isso, o que é muito estranho – a verba que se recebe mensalmente para custear o tratamento, os gastos, material para as oficinas, principalmente, ... comida. A gente está se amarrando e se virando com o que tem. O que chegou depois da gente chegar aqui foi muito pouco (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Falta alguma coisa. A gente tem muita coisa, mas precisa de manutenção (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Há dificuldade de licitação e entrega, embora haja verba para isso. A licitação é vagarosa e a gente sabe que em compras até 8 mil reais não precisa licitação. E o material é insuficiente por isso (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Não sei dizer se há necessário recurso para o que se planeja. A falta de projetos pessoais dos usuários não facilita. Se ele está a fim de informática, o serviço tinha que se organizar para tentar conseguir isso com ele; se quer trabalhar com madeira, tinha que ser isso. Mas ainda acho que estruturar um projeto terapêutico dessa forma seja sonho, ainda não temos condições (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Nenhum profissional em Cantagalo considerou ótima a oferta de recursos materiais, entretanto, no CAPS de Itaocara, 3 profissionais (37,5%) dentre os entrevistados consideraram-na desta forma. Os outros 5 profissionais entrevistados (62,5%) afirmaram que a disponibilidade de recursos materiais era satisfatória. Alguns fatores apontados pelos profissionais que consideraram os recursos materiais ótimos foram a boa relação da coordenação com o gestor municipal e as doações recebidas:

É ótimo, pois todas as solicitações que fazemos são aceitas (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Não temos problemas; tudo o que necessitamos é dado (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Muito bom pela boa relação da coordenação com o gestor municipal (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Dentre os que consideraram os recursos satisfatórios argumentaram que não falta material e citaram quais os recursos disponibilizados ao CAPS. Alguns citaram o apoio por parte do Estado, quando o serviço foi credenciado como CAPS I:

É suficiente, a gente conseguiu um novo computador, armários, se abrir o armário tem tudo (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

(...) Computadores, geladeira, freezer, som, mesas e cadeiras, material lúdico e de oficinas, ar-condicionado em todas as salas (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

São suficientes (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Muita coisa veio pelo credenciamento: material de oficina, de cozinha, os ares-refrigerados, os colchonetes, os instrumentos de música para a oficina de música, pratos, talheres, fogão, veio tudo do Estado. Mas a prefeitura deu bastante coisa além de fazer a manutenção de tudo e a mobília (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

É raro faltar remédios (Psiquiatria – CAPS Itaocara).

Um problema em comum, citado por ambas as equipes, no que tange aos recursos materiais, foi a falta de automóvel para realização de atividades fora do CAPS. E a consolidação do CAPS como serviço de atuação no território¹³⁸ municipal depende que o serviço tenha disponibilidade de carro, dentre outras coisas. Entretanto em ambos os serviços, os profissionais relataram a dificuldade para conseguir veículo para a realização de visita domiciliar ou de visita a outras instituições da rede de serviços no município. Na equipe de Cantagalo, isso ficou mais evidente, pois os profissionais relataram que o serviço tinha um automóvel próprio, que foi retirado para atender outras áreas da saúde; já no CAPS de Itaocara, embora não tivessem veículo próprio, relataram que dependiam dos favores de outras unidades que nem sempre podiam atender à solicitação da equipe.

Ainda no GRÁFICO 28, os dados mostram a percepção dos profissionais sobre os recursos humanos dos CAPS estudados. O recurso humano é o principal instrumento de

¹³⁸ A definição de território utilizada neste trabalho encontra-se no Capítulo I.

trabalho em saúde mental. O profissional e seu conhecimento técnico, adquirido através da formação, são aspectos importantes para a intervenção profissional.

E a oferta de recursos humanos, nos CAPS estudados, foi considerada pelos profissionais entrevistados em Cantagalo como inadequado – 62,5% e bem estruturado – 37,5%. A equipe de Cantagalo, no início do processo de pesquisa, era composta de 08 profissionais de nível superior¹³⁹ e algumas modificações no quadro funcional do serviço aconteceram desde o início da coleta de dados¹⁴⁰.

Tal situação fica ilustrada por meio dos comentários dos profissionais. Vejamos, primeiramente, os que consideraram bem estruturada a disponibilidade de profissionais no CAPS:

Em relação a recursos humanos é muito bem estruturada em relação a outros CAPS, a gente não trabalha com uma equipe mínima ou restrita. A própria lei coloca que deve ter um psiquiatra, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um técnico em área ligada a artesanato, e mais três profissionais de nível superior. E a gente não tem auxiliar de serviços gerais, mas tem duas pessoas na cozinha, duas monitoras, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, a psicologia está em déficit, mas tem CAPS que só tem 1. A gente tem uma boa estrutura de recursos humanos (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

A equipe tem um potencial pelas pessoas serem sensíveis, mas eu acho que... E é um problema que eu já falei antes, que nem todos estão comprometidos com a questão da saúde mental e aí isso dificulta o estudo coletivo e isso pra mim também é uma questão: será que todos têm que se implicar, alguém tem esse poder de determinar que todos se impliquem de determinada forma ou não? Mas também o nosso dever está estendido à formação, trabalhar junto para garantir serviço de qualidade. Acho que há uma falha nisso, a equipe está muito fragmentada por conta de desgaste que aconteceram. Em termos de números de profissionais está bom (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

A quantidade de profissionais é boa, mas a dificuldade é que quase todos somos de fora e isso é bom para a gente que vem e trabalha dias seguidos, mas para o serviço isso não é bom. O bom seria se pudéssemos espaçar os dias para a gente não perder as informações do que ocorre no CAPS durante a semana. Além disso, muitas informações não são socializadas (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

¹³⁹ 01 assistente social, 02 enfermeiras, 03 psicólogas, 01 terapeuta ocupacional e 01 psiquiatra.

¹⁴⁰ Dois profissionais pediram exoneração – 01 psicóloga e 01 enfermeira. Com o concurso de 2006, a equipe que iniciou no serviço contava com 03 psicólogos com carga horária de 20 horas, 01 deles pediu exoneração e ficaram com 02 de 20 horas e outro foi remanejado da Secretaria de Educação, e faz carga horária menor – 12 horas. Apenas 01 enfermeira continuou no serviço. Em relação aos profissionais de nível médio e fundamental, são 02 auxiliares de cozinha, 03 auxiliares de enfermagem (1 com 40 horas de trabalho e outros dois cedidos da Secretaria de Saúde com carga horária menor), 02 monitoras e 01 recepcionista. O serviço também conta com 01 nutricionista que trabalha 02 turnos no CAPS, dentre suas 40 horas para o concurso do Programa de Saúde da Família também de 2006.

Dentre os profissionais de Cantagalo que consideraram que a disponibilidade de recursos humanos é inadequada, citaram a falta de alguns profissionais, a visão equivocada do gestor quando direciona funcionários para o CAPS, e também questões de relacionamento na equipe:

Quanto ao pessoal já é mais delicado: falta faxineira; as pessoas que o secretário não tem onde colocar ele coloca aqui - parece que é uma punição vir para o CAPS; os motoristas que são muito “rebeldes” são mandados para cá: é uma punição, “ir para o hospício”... Só pode ser esse o entendimento das pessoas; (...) tem muitas pessoas na equipe despreparadas, inclusive a coordenadora, principalmente ela. Faltam também psicólogos, não para o CAPS, mas pelo fato daqui ser o único serviço de saúde mental do município. Essa demanda que é atendida no ambulatório de psicologia poderia ser atendida preferencialmente num outro local – a clientela não grave poderia ser atendida no Posto de Saúde, que tivesse um psicólogo ou mais, talvez como se faz com as nutricionistas, com as fonoaudiólogas, com as fisioterapeutas – que tem três e eles se revezam pelos Postos. Talvez diminuísse bastante esse inchaço que tem de pacientes aqui - que completam os números de APAC - e que permitiam que a gente realmente se dedicasse aos pacientes mais graves que é com quem a gente deveria estar trabalhando. Parte dos profissionais não cumpre a carga horária e isso dificulta também - tem regalias e benefícios por afinidade, por interesses (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

No momento a gente está sem um psicólogo, deveria ter mais um terapeuta ocupacional, um auxiliar de serviços gerais; há uma carência de pessoal, também por sermos o único dispositivo de saúde mental (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo)

Acho pouco. Falta um técnico administrativo, para informatizar as APACs e as fichas para saber quantos vieram ao CAPS no ano e para onde foram mais encaminhados. O caderno que a recepcionista anota tudo, quem atendeu quantos, é porque no relatório de gestão precisa disso: quantas crianças, adolescentes, quantos atendimentos de psicologia, de psiquiatria, de serviço social. Falta também psicólogo e enfermeira-chefe, pois o auxiliar de enfermagem não pode dar medicação do mês inteiro; tem que ir atrás de medicação que chegou; falta um médico que pudesse se dedicar mais ao serviço; profissional de limpeza (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

A equipe está diminuída (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Isso é fundamental e deveria ser potencializado com supervisão clínico-institucional, com cursos. O número de profissionais é insuficiente. E para o Programa de Saúde Mental, pois o ambulatório funciona erradamente dentro do CAPS, precisaria dobrar o número de profissional (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Em Itaocara, todos os profissionais afirmaram que existe uma boa estrutura no serviço no que tange aos recursos humanos. A equipe dispunha, na época da entrevista, de 11

profissionais de nível superior¹⁴¹ e 15 profissionais de nível médio¹⁴². No CAPS de Itaocara, não houve nenhuma modificação na equipe durante a pesquisa. Os comentários dos profissionais ilustram sua percepção sobre a estrutura dos recursos humanos.

São 05 psicólogos, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 02 neurologistas e 02 psiquiatras. Temos 05 oficinairos que lidam diretamente com os pacientes nas oficinas, 02 auxiliares de enfermagem, 04 secretárias, 02 faxineiras, 02 cozinheiras. O enfermeiro não vem aqui, ele só responde pelo serviço. A equipe é boa, nenhum CAPS por aqui tem o número de profissionais que temos (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

A gente conta com um material humano bom e de qualidade, mas está sempre insuficiente porque quanto mais oferece, mais aumenta a demanda... (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Temos profissionais, mas não temos como ter mais num espaço físico desse; absorvemos toda a demanda de saúde mental (Assistente Social – CAPS Itaocara).

A equipe do CAPS é excelente (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

A contrapartida é toda da prefeitura... (Psicóloga nº4 - CAPS Itaocara).

Também está bom, não faltam profissionais (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

A equipe é aguerrida e numerosa (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Em ambos os CAPS, o quadro de funcionários não estava restrito ao mínimo exigido pela Portaria 336/2002 para os CAPS I, no qual a equipe mínima deve ser composta de 05 profissionais de nível superior e 04 profissionais de nível médio. Entretanto, em ambos os CAPS, o ambulatório de saúde mental estava inserido no mesmo serviço, o que suscitava todos os problemas já discutidos anteriormente, dentre eles a assistência inadequada às pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente – clientela para a qual o CAPS foi criado e também, a assistência inadequada à clientela com sofrimento psíquico não grave – que é em maior número¹⁴³. Por isso, ao serem indagados se a organização do serviço atendia às

¹⁴¹ Dentre eles: 05 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social, 02 psiquiatras e 02 neurologistas.

¹⁴² Dentre eles: técnico de enfermagem, cozinheira, secretária, monitor ou oficinairo, faxineiro, agente administrativo, todos trabalhando turnos alternados.

¹⁴³ Segundo Delgado (2006), em uma cidade com aproximadamente 1 milhão de habitantes, cerca de 30 mil pessoas terão transtornos graves (psicoses e neuroses graves) precisando de atendimento permanente, e outros 100 mil teriam necessidade de atendimento para transtornos menos graves.

demandas cotidianas do CAPS, a maioria dos profissionais considerou que não atendia ou atendia parcialmente, conforme os dados que seguem:

TABELA 12
A relação entre a estrutura/organização dos recursos e as demandas atendidas pelo CAPS I nos municípios

<i>Recursos versus demandas</i>	<i>CAPS de Cantagalo</i>		<i>CAPS de Itaocara</i>	
	n ^o	%	n ^o	%
Atende	1	12,5	2	25
Atende parcialmente	4	50,0	6	75
Não atende	3	37,5	-	-
Total	8	100	8	100

FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os profissionais que consideraram que a relação entre a disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos atende às demandas atendidas nos CAPS I estudados, seus comentários denotam um esforço da equipe para a resolutividade nos atendimentos.

Atende. A gente consegue resolver o que vem; a gente dá conta... vem, a gente questiona, reclama, tem as nossas limitações mas acaba atendendo a demanda, a gente não deixa a desejar (Enfermeira n^o2 – CAPS Cantagalo).

A organização atende a demanda, e o número de atendimento tem crescido (Psicóloga n^o3 – CAPS Itaocara).

Atende (Psicóloga n^o5 - CAPS Itaocara).

O atendimento parcial das demandas se dava, na percepção dos profissionais por fatores como a inexperiência da equipe, a falta de orientação por parte da assessoria, o funcionamento de dois dispositivos em um só serviço, a falta de pessoal, especificamente, no CAPS de Cantagalo e a falta de espaço físico citado pelos profissionais de Cantagalo e de Itaocara¹⁴⁴.

Atende em parte. A gente dá passos muito largos até além do que pode alcançar para buscar alguma resposta, melhora, mas nem sempre consegue. Talvez mesmo por falta de uma orientação, não sei, de um direcionamento melhor; talvez por falta de experiência de alguns profissionais. A estrutura é

¹⁴⁴ Em Cantagalo, no período que antecedeu a obra; e em Itaocara, pois o espaço físico do CAPS é pequeno e tem outros problemas como pouca ventilação e luminosidade, pouca área livre como pode ser observado nas FIGURAS DE 16 A 20 e em outras listadas no anexo. Em tempo, alguns consultórios de atendimentos individuais não foram fotografados, em virtude dos atendimentos.

boa, mas a gente não tem o ambulatório de álcool e drogas, e a gente não consegue ampliar isso, dar uma resposta eficaz, embora a gente tente (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Não atende completamente e nunca vai dar, mas também não atende como poderia ou deveria, porque na parte dos atendimentos psicológicos fica a desejar, pois eu tenho que fazer atendimentos corridos, de meia hora, fico com uma pilha de prontuários que não dá tempo para escrever. Então, acaba ficando casos que você não pode, realmente, se dedicar, fazer um estudo, se empenhar porque tem uma cobrança por números, porque os atendimentos entram na produção como se fossem ambulatórios realizados na policlínica, por isso a cobrança é tão grande, pois há uma policlínica que atende, mas não atende. Tem duas funções: justificar o número de APACs e justificar a verba que a Policlínica recebe (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Atende de forma apertada. Por trabalhar na Saúde mental, precisamos de um espaço mais organizado; a gente passa desorganização para os usuários (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

O funcionamento de oficina fica prejudicado com a falta de material; desmotiva o usuário e o profissional. O espaço físico está apropriado. A equipe tem a inexperiência e a falta de coesão – há um racha que prejudica, não sei se é capacitação técnica ou emocional (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Atende, mas poderia ser melhor. No momento dá conta, mas daqui há alguns anos não vai dar. É uma questão que a gente tem que começar a pensar (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

É uma idéia de atendimento em saúde mental que a gente tem que estar satisfeito com o que tem, mas sempre querer mais. É isso que a gente experimenta aqui. Queria mais uma sala específica para atendimento de criança, consultórios mais amplos, sala de TV mais bem equipada, mais confortável; queria mais cadeiras, mais toalhas de mesa. E isso atende porque a gente tem consultório para ambulatório, cozinha para alimentação, banheiros para banho, sala de lazer para ver TV, para descanso, oficinas para fazer um trabalho de estimulação cognitiva e troca social, a horta que lhes possibilita uma atividade mais próxima ao trabalho porque estamos numa cidade do interior e na qual a proximidade com a agricultura é intensa (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Como se amplia um serviço sem espaço físico? Atende em parte (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Hoje o corpo de funcionários é bom, pois teve época que a gente passou aperto aqui trabalhando com uma psicóloga e um médico, já tivemos duas assistentes sociais e hoje temos uma só. E o espaço está ficando pequeno, pois cresceu a demanda e o número de funcionários (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Abrangendo o maior número de demandas possíveis. O espaço físico que é problema como, por exemplo, as oficinas poderiam ser em espaço livre, há problemas de salas de atendimento, geralmente fico sem sala para atender (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Poderia ser melhor. Os recuos que porventura acontecem são pontuais, como já disse, por um corte de verba, por exemplo (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Para os profissionais entrevistados que afirmaram que a organização do CAPS não atendia às demandas cotidianas do serviço isso se dava por motivos como a dificuldade de otimizar os recursos, a falta material, dentre outros. Apenas os entrevistados no CAPS de Cantagalo apontaram para a inexistência de relação satisfatória entre recursos e demanda atendida, conforme os comentários que seguem sobre o tema:

Não atende mais por dificuldade da equipe de otimizar os recursos, tanto humanos quanto materiais; por problemas na equipe que a gente tem dificuldade de atender (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

O espaço é bom, mas a dificuldade é a nossa impossibilidade de trabalhar ao longo da semana. Um exemplo: tem um voluntário que se ofereceu para ensinar aos usuários reciclagem com caixas de madeira, mas não tem um pincel, tinta – esse material não chegou ainda (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Não consegue atender. O ambulatório de saúde mental está aqui dentro do CAPS e não era para estar (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

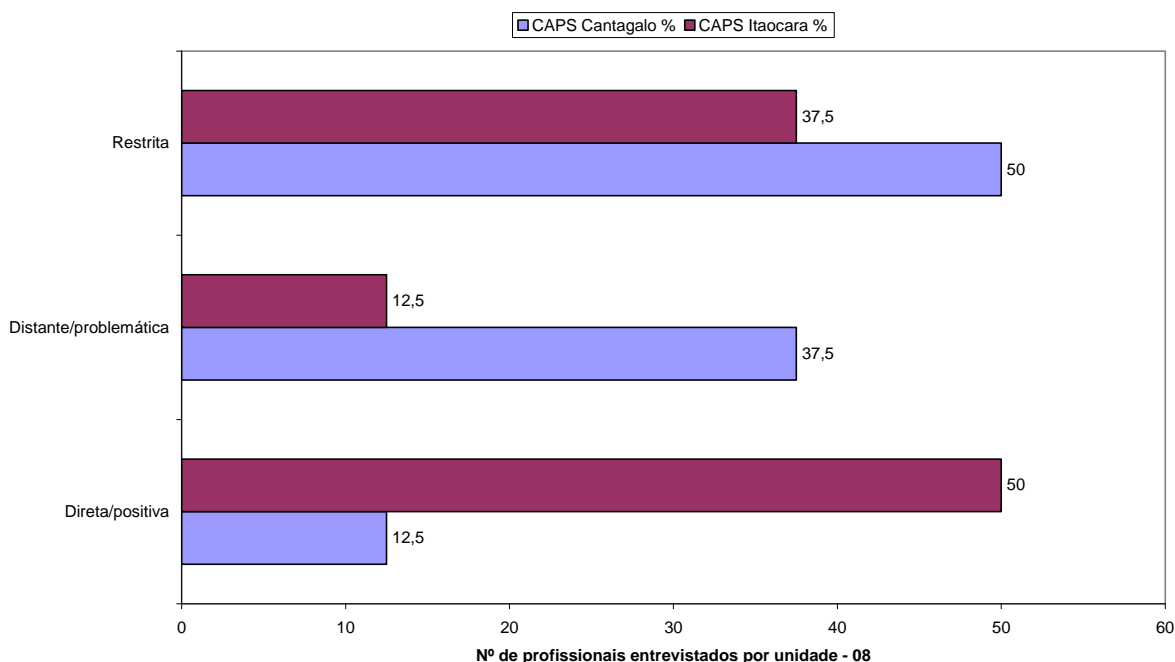
Os comentários dos profissionais sobre o tema demonstraram um grau de insatisfação significativo em todos os itens quanto à organização ou estrutura do CAPS entre os profissionais de Cantagalo: 37,5% espaço físico; 62,5% recursos materiais e 62,5% recursos humanos. Já no CAPS de Itaocara, a principal insatisfação foi em relação ao espaço físico: 62,5%. Nos demais itens analisados, os profissionais caracterizaram as condições dos recursos materiais como ótima – 37,5% e satisfatória – 62,5% e os recursos humanos foram considerados como bem estruturado por 100% dos entrevistados.

A avaliação sobre as condições do serviço de saúde mental para concretizar as ações de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico é crucial, na medida em que é por meio destas ações e de como elas são encaminhadas, que a saúde mental municipal pode se alinhar aos princípios da Reforma. Entretanto, a produção e resignificação de uma forma de vida para estes sujeitos¹⁴⁵ também depende de outros fatores como a relação entre a Reforma Psiquiátrica e cidadania no contexto municipal, e de como a cidadania e a intersetorialidade se materializam neste cenário. Neste sentido, os profissionais fizeram considerações sobre os CAPS I estudados no que tange à concretização do desafio colocado aos serviços substitutivos

¹⁴⁵ Mehry (2007) define essa forma de cuidado que busca a resignificação de vidas como o cuidado autopoietico, já abordado nos outros capítulos.

de cuidar em liberdade. O GRÁFICO 29 mostra as características da relação entre a Reforma Psiquiátrica e a cidadania nos municípios, na percepção dos profissionais.

GRÁFICO 29. Caracterização da relação entre Reforma Psiquiátrica e Cidadania por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

Dentre os profissionais que caracterizaram a relação entre a Reforma e cidadania como direta ou próxima, afirmaram fatores como a diminuição do preconceito, em relação aos usuários, que tem se manifestado através da aceitação e solidariedade para com os mesmos, por parte da sociedade; e as ações da equipe de saúde mental. Foi indicada por 1 profissional em Cantagalo (12,5%) e por 4 profissionais em Itaocara (50%).

Acho que aqui, por ser um município pequeno, as pessoas são mais acolhedoras, em relação aos pacientes de saúde mental ou qualquer outra pessoa. E por essa facilidade de acolhida, de conhecer o usuário, de participar – um exemplo foi o chá que fizemos aqui, não vieram pessoas de longe, mas pelo menos as pessoas daqui da rua se propuseram a vir conhecer o serviço. As pessoas têm boa vontade, não discriminam tanto os portadores de transtorno mentais como a gente observa em outros locais. Então, em relação à Reforma, o município é pequeno, mas para a dimensão dele, tem uma boa estrutura e a sociedade, de certa forma, contribuem com isso. Talvez eles não ajudem mais e não contribuam mais por falta de informação sobre a maneira como poderiam ajudar ou participar para melhorar isso (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

A Reforma Psiquiátrica é uma proposta de cidadania para o louco e para as famílias. Então, é uma relação direta e a pessoa passa a poder dirigir a

própria vida, a ter o seu dinheiro, a poder fazer escolhas, decidir onde vai morar, o que vai comer, com quem vai morar. E isso tem acontecido aqui no município, e eu respondo isso, pois vem muito claramente a imagem de pessoas podendo se realizar, de pessoas que se tratam aqui... que podem estudar, que podem frequentar um curso (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

A inclusão social e a reabilitação com o trabalho dos profissionais têm acontecido. Não são só palavras bonitas, ocorrem mesmo. Estamos querendo ir para o Calçadão para expor os produtos, fazer bazar... O funcionamento aqui, as conversas com os usuários, isso faz cidadania (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Vejo muito paralelamente, tem andado junto, especificamente, na área dos transtornos. Socialmente, as pessoas vêm o CAPS com muito mais respeito; o preconceito ainda existe, mas a gente já conquistou um certo respeito na sociedade, tanto por parte de quem trabalha aqui, que antes era visto como castigo – só era colocado para trabalhar no CAPS aquele funcionário que as pessoas queriam se ver livre dele ou puní-lo, e isso já mudou. Agora, aqui tem um grupo que é respeitado, as pessoas são escolhidas para trabalhar aqui. E também as pessoas que frequentam o CAPS não são mais discriminadas, ridicularizadas. O CAPS conquistou um lugar aqui na nossa sociedade e isso foi muito bom para as pessoas que passam pelo serviço; não só as de tratamento diário, mas aquelas que fazem ambulatório, que vêm aqui em busca de consulta, seja em psicologia, neurologia ou psiquiatria. E isso antes era ridicularizado, mesmo os que vinham aqui apenas para uma consulta, pois não era no PSF, no Hospital, mas era no CAPS. Hoje existe uma credibilidade, e isso ajudou, principalmente, os pacientes intensivos; eles estão sendo vistos de uma outra forma (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Juntos hoje em dia, mas já foi uma coisa de não ter cidadania. Houve uma mudança na equipe que contribuiu para isso (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Dentre os que consideravam que existia de uma relação distante ou problemática entre a Reforma e a cidadania na saúde mental em Cantagalo (3 profissionais = 37,5%), os profissionais citaram a centralização do trabalho no CAPS, o preconceito ainda vivenciado pelos usuários, a falta de ampliação dos recursos, a dificuldade de se trabalhar em rede para uma inserção social de fato. Em Itaocara, 1 profissional (12,5%) caracterizou tal como distante ou problemática, citando a dificuldade de concretizar as ações intersetoriais centralizando a intervenção no espaço institucional¹⁴⁶.

Eu acho que estão bem distantes essas instâncias. Parece que, seguindo esse movimento maior no âmbito da gestão de todo o município. Tem uma tendência a não problematizar as questões - que é uma coisa fundamental para a cidadania e para um serviço que promova a cidadania - problematizar e permitir que as pessoas falem suas insatisfações. Mas tem um movimento

¹⁴⁶ Em outros momentos, o mesmo profissional alertou para a dificuldade em se conceber o CAPS como lugar de passagem, ou seja, de pensar a alta na saúde mental, o que acaba complementando sua colocação sobre a cronificação no CAPS.

que é de evitar a confusão, o que acaba comprometendo a complexidade dessas coisas, das questões (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Aqui é um município pequeno que tem CAPS I, apesar de todos os problemas. Muitos municípios maiores não têm esse serviço. Por outro lado, para os alcoolistas não há um serviço adequado – a gente oferece o Grupo Terapêutico que não é consistente (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

O município está longe de realmente conseguir reconhecimento da cidadania dos usuários, penso que poderia estar bem pior, mas acho que está longe do lugar que esses sujeitos merecem ter porque são sujeitos; não estamos dando nada que de fato eles não tenham que ter, como nós; o que parece tão simples, tão singular, não o é (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Vê o CAPS como algo muito distante ainda. Por mais que a gente esteja caminhando, muita coisa deixa a desejar porque a gente ainda trabalha muito dentro da instituição (Psicóloga nº1 CAPS Itaocara).

Entre os que caracterizaram essa relação como restrita, citaram os fatores da ausência da autonomia dos usuários e sua dependência excessiva em relação ao serviço de saúde mental; a dificuldade do trabalho em rede; o preconceito em relação aos usuários; a pouca participação da sociedade no CAPS e o seu desconhecimento sobre a saúde mental bem como a dificuldade de inserção dos usuários na comunidade. Os comentários abaixo ilustram as questões apontadas pelos profissionais.

Não vejo, não entendo como um avanço em relação aos nossos usuários. São poucos que têm uma autonomia. Talvez seja o que há de maior dificuldade. Existe uma resistência, uma dependência deles em relação ao serviço: de medicamentos, de estar lidando, de tomar a medicação, de se administrar, de ajudá-los a resolver os problemas pessoais que poderiam resolver com os próprios familiares, sozinhos. Existe essa dependência deles, mas a gente também vive, por ser uma cidade pequena, uma certa dificuldade ou barreira de fazer com que eles sejam menos dependentes do serviço, de que eles estejam mais fora do que dentro. Por ser uma cidade pequena, existe uma pressão da comunidade, existe pressão dos familiares e até mesmo dos políticos que não entendem o que é a saúde mental, qual o objetivo desse serviço e querem que a gente dê conta deles. Então, qual a dificuldade: a dependência maior deles com a gente e a pressão que a gente sofre, de forma direta e indireta tanto dos familiares que querem que eles estejam aqui com a gente e das pessoas da comunidade que entendem que o lugar deles é aqui, e eles também - que entendem que todo mundo fala que ‘meu lugar é aqui e eu to aqui....desde quando existe o CAPS e não vou sair’. Nunca foi imposto isso a eles, colocado (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Ainda está muito aquém. Só com o trabalho em rede pode haver essa conscientização: o PSF, o Conselho Tutelar, a Secretaria de Assistência; os próprios profissionais da saúde têm descaso com os usuários de saúde mental e nos outros setores eles são intolerados. O que levou o usuário ao serviço não é levado em conta (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

A relação não é clara. Ainda há preconceito na saúde mental; vêem o CAPS como cronificação da loucura e exemplo disso é a pouca participação da população no CAPS; o Conselho de Saúde é esvaziado, o cidadão não fiscaliza - o município não tem olhos abertos para isso. Há intolerância na localização do CAPS, os usuários de álcool e outras drogas são vistos como malandragem. Não há uma noção da humanização do atendimento em saúde mental. O CAPS é visto dissociado da Reforma e da cidadania pelas pessoas. Assim como acontece com o PSF, não vêem que ter unidades no município todo é uma evolução; que ter o atendimento de nutrição e de fisioterapeuta agora é evolução, pois antes não tinha. É como: tem porque tem, e não ligado a uma história (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Para os usuários foi um ganho. Os desinternados de longa data são um exemplo disso. Ainda não existe, plenamente, o exercício desta cidadania. Faltam dispositivos para trabalhar isso, para vencer o preconceito social (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

A luta é muito grande para essa integração, para o reconhecimento da sociedade quanto a isso, mas ainda há o rótulo e estamos caminhando. O louco é pessoa, é cidadão, ser humano. Isso é um trabalho árduo (Psicóloga nº3 - CAPS Itaocara).

Dentro do nosso trabalho é o que queremos e lutamos, mas a sociedade não tem esse conhecimento. O nosso trabalho é divulgar isso (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

Não sei como era antes no município. Imagino que era como em todos os outros, só havia internação psiquiátrica. Sob esse aspecto de redução drástica das internações que existe atualmente, hoje está melhor (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha uma proposta de cidadania, como bem definiu um dos profissionais entrevistados, tal definição seria puramente ideológica se não existisse o trabalho das equipes de saúde mental, a intenção de romper com preconceitos para concretizá-la. No ambiente do CAPS, isso pode ser feito pela forma como se encaminham os atendimentos feitos pelos profissionais, pelo tipo de oficinas propostas aos usuários, pelas relações estabelecidas com os mesmos e pela mediação nas suas relações familiares e com outros setores de sua vida. Fora do CAPS isso pode ser dar, por exemplo, estimulando ampliação do debate sobre a saúde mental, por meio das reuniões com outras instituições como os PSF, o Hospital Geral, os Centros de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, Câmara de Vereadores, Poder Judiciário, Educação, dentre outras; ou promovendo encontros e seminários e requisitando novos atores para as reflexões na área de saúde mental, de direitos sociais e de cidadania.

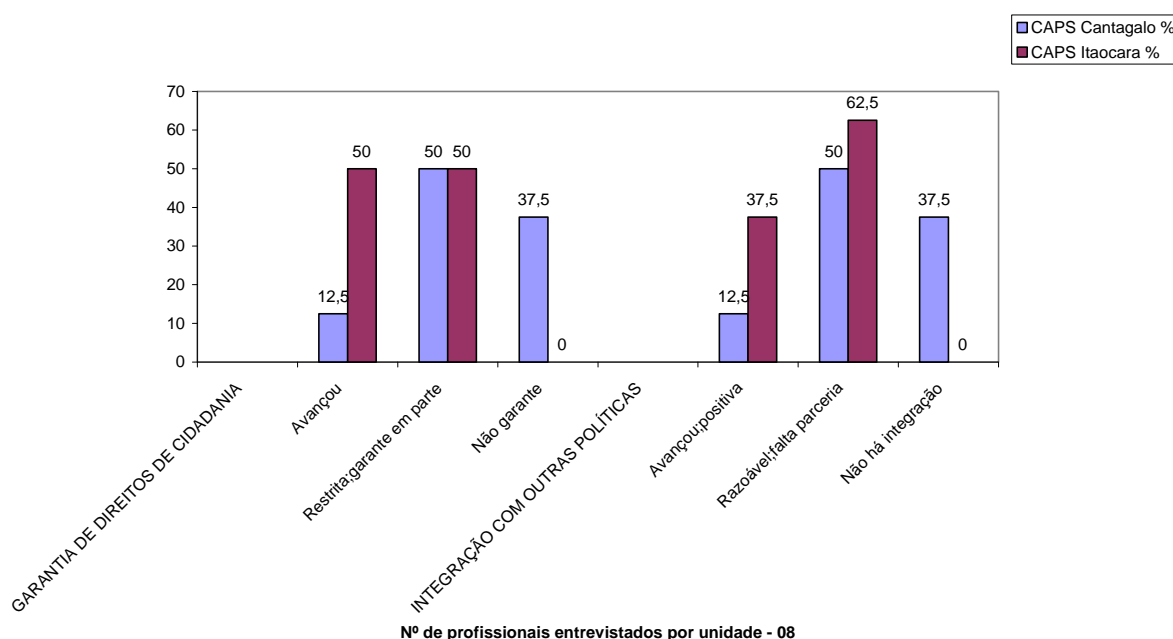
A adoção desta perspectiva de trabalho foi apontada pelos profissionais, e a tentativa tem sido de concretizá-la e incluí-la na rotina dos serviços estudados. Isto é crucial, pois não

se faz Reforma Psiquiátrica isolada dos outros serviços na medida em que a sua proposta é, essencialmente, intersetorial e integral na atenção ao sujeito em sofrimento mental. Trata-se de associar forças no sentido de consolidar a ruptura com modelos explícitos ou velados de asilamento que, como já discutido, não se restringem à rotina dos hospitais psiquiátricos de outrora, mas hoje, assumem conotações diferenciadas como o asilamento domiciliar, no bairro e no próprio serviço de saúde mental, que se propõe substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Desse modo, o direcionamento do trabalho, não exige apenas a superação, pois isso pode levar a pactos com o aparentemente novo, contribuindo para manutenção da dominação. Na percepção de muitos dos profissionais entrevistados, na pesquisa, a implantação dos serviços não é suficiente para que haja transformações no modo de tratar/cuidar de quem vive a experiência da loucura. É necessário, sobretudo, romper modelos e agregar forças para essa luta.

Sendo assim, o GRÁFICO 30 mostra as considerações dos profissionais sobre duas questões importantes para o debate da Reforma Psiquiátrica, que são a garantia de direitos de cidadania e a integração com outras políticas setoriais. Ou seja, neste ponto, abordamos a possibilidade de construção de uma atenção intersetorial que revolucione as práticas municipais em saúde mental.

GRÁFICO 30. A Implementação da Política Municipal de Saúde Mental: a garantia de direitos de cidadania e a integração com políticas sociais por município (%)



FONTE: Dados da Pesquisa de Campo.

No que tange à implementação da política de saúde mental nos municípios em relação com a garantia de direitos de cidadania, as considerações dos entrevistados se dividiram em três grupos. O primeiro grupo considerou que houve avanços nesta relação. Dentre eles foram 1 profissionais (12,5%) no CAPS de Cantagalo e 4 profissionais (50%) no CAPS de Itaocara. Estes profissionais citaram a intervenção da equipe em diversos setores e a sua capacitação enfatizando que o impacto dessas ações era maior no serviço que na vida dos usuários.

Avançou. Os usuários conseguem conviver na comunidade com mais consciência do que são e isso se deu pela intervenção da equipe também; há ações efetivas da equipe de saúde mental em todos os setores (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

Favorável. Eu vejo que o CAPS funciona, e não é porque eu estou na coordenação. Nós temos duas funcionárias que são da oficina que fizeram cursos de qualificação na FIOCRUZ (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Está sendo implementado, pois temos seguido o que preconiza a Saúde Mental. Buscamos nos policiar para não infringir esses direitos. Terá agora o acesso à Educação com o Brasil Alfabetizado, que funcionará aqui dentro do CAPS, assim como está funcionando no Asilo de idosos (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Procuramos seguir o que diz o SUS e a Reforma, atendendo aos propósitos do CAPS. Faremos reuniões com os familiares para falar sobre isso (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

É mais positiva que negativa. Há uma contribuição da saúde mental para garantir isso e só tem a acrescentar. Nós nos esforçamos e brigamos para isso (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

O segundo grupo considerou que há uma garantia parcial ou restrita dos direitos de cidadania no âmbito da saúde mental assinalada por 4 profissionais (50%) em Cantagalo e por 4 profissionais (50%) em Itaocara. Dentre os fatores que contribuíam para tal situação, os profissionais citaram o pouco sucesso na inserção dos usuários em outros espaços, a centralidade do tratamento no CAPS; a priorização de questões médico-psicológica, em detrimento das expressões da questão social; a dificuldade de reinserção dos mesmos no mercado de trabalho, pois há redução do mercado de trabalho formal e informal para essas pessoas e, a isso, se conjugava a inexistência de incentivos no município para iniciativas.

Deste modo, englobaram aspectos que precisam ser revistos a fim diminuir essa distância como acertar projeto terapêutico, estreitar laços comunitários, ampliar os recursos do CAPS e reorganizar os já existentes, promover uma maior politização sobre as políticas

públicas e sobre a saúde mental, aumentar o apoio e presença dos gestores nos serviços, para que conheçam a realidade dos mesmos. Os comentários abaixo ilustram as percepções dos profissionais sobre o tema:

De certa forma sim, mas com falhas, com restrições (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

É uma busca ainda. Há dificuldades deles se inserirem e garantir esses direitos. Muitos têm dificuldades e, ao mesmo tempo, vão ao prefeito reclamar da gente (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Estamos conseguindo algo agora. Quando abrimos o serviço precisamos de muitos usuários para credenciar o CAPS no Ministério da Saúde e, não houve seleção de quem precisava ser de fato usuário-dia do CAPS. Só agora estamos conseguindo acertar o Projeto terapêutico. Eles não têm acesso à passe livre. Alguns usuários me preocupam, vivem situações de mini-manicômio, mesmo estando junto da família. Não tem como, pois não temos carro e também profissionais com disponibilidade de tempo (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Ela existe, mas promover a cidadania é um caminho, e está longe pelo perfil assistencialista dos governos, pela cultura da população. Ter um serviço de Saúde Mental é um espaço de cidadania, mas há pouca politização para despertar que as coisas e os serviços existentes são frutos de outras coisas, um movimento maior (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Um processo em construção, mas que está acontecendo e está para além do que esperava; o que não significa que não veja um horizonte de muito do que precisa ser feito. E acho que a via do trabalho como via privilegiada para a gente exercer e garantir cidadania precisa ser mais explorada, em termos de inserção dos nossos usuários no mercado de trabalho (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Acho que hoje existe uma tendência de ver a questão médico-psicológica. E a área social está um pouco relegada (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Espero com ajuda política conseguir materializar o projeto que tenho a dois anos, de reinserir as pessoas do CAPS no comércio, de serem contratados pelas lojas (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

O número de internação é pequeno, não faltam remédios, não se ouve mais sobre pessoas que dão crise na comunidade e houve uma redução drástica das internações, como já disse, mas, o respeito à diferença, de ser multifacetado e com superfície de troca em outros setores...poderia ser melhor (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

Dentre os que afirmaram que a saúde mental nos municípios ainda não garante direitos de cidadania – o terceiro grupo – foram 3 profissionais (37,5%) no CAPS de Cantagalo. Eles atribuíram a fatores como a centralização da atenção psicossocial no próprio CAPS e na

figura dos profissionais, a pouca iniciativa por parte de usuários e outros segmentos. Isto sugere que o CAPS tem tido dificuldades em desenvolver uma perspectiva do cuidado que vise à autonomia dos sujeitos. Citaram também a interferência de questões político-partidárias e eleitorais nos serviços, como um complicador. Tais posturas não contribuíam para saúde mental promover um cuidado condizente com a Reforma Psiquiátrica, e que acabavam potencializando os problemas existentes pelo desestímulo provocado na equipe de saúde mental que se via, não raras vezes, sem apoio necessário para as ações na área, como demonstram os comentários abaixo.

Há pouco sucesso em promover a inserção dos usuários no mundo em si. Uma coisa grave é que o tratamento acaba se desenvolvendo muito aqui dentro. O encaminhamento que a gente faz para o PSF é para coisas pontuais, não é para inserir num outro espaço, é mais para um tratamento eventual mesmo. Os profissionais dirigem muito o CAPS – todos nós; os usuários ficam muito passivos, não têm muito voz ativa, de se organizarem, sempre estão esperando que a gente diga o que eles vão fazer. Acho que isso compromete muito o exercício da cidadania. Porque, talvez, aqui fosse um lugar de desenvolver essas coisas para eles exercerem em outros lugares, e nem aqui eles têm desenvolvido isso (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Não garante, pois há dificuldade de aceitar o convívio com os usuários; há o pedido da sociedade de que se recolham essas pessoas do convívio. No momento que a gente aceita, e até pouco tempo a gente vinha aceitando isso, sem tentar promover uma reflexão acerca disso, a gente não está contribuindo. E de um tempo para cá a gente vem questionando isso com a revisão dos projetos terapêuticos, de reduzir os dias dos usuários... Tem todo um problema também que as pessoas ficam doídas de se movimentar nesse sentido, de intervir, de questionar... “mas vem cá, como é que você está aqui hoje, não é seu dia”. E aí sempre ocorrem ameaças de demissão, de interferência direta da gestão, para que se o fulaninho estiver incomodando entre aspas, em outro lugar, que seja retirado, que se traga para cá, que alguém vá lá buscar. Então, eu não acho que esses sujeitos estejam exercendo a cidadania deles, no direito de estar, no direito de ir ou vir...quando, por exemplo, por justificativas muito sutis se impede que o usuário participe de cursos na comunidade, nos Centros de Assistência Social. Então, isso fala de um preconceito que é muito presente, naquele usuário que muitas das vezes é ridicularizado pela sociedade, que não pode sair de casa porque é doente, então, tem que ficar em casa. Então, se a gente não faz um trabalho com a comunidade mais direito, ou até mesmo com os usuários, de retirá-los desse lugar, a gente está também de alguma forma contribuindo para que isso permaneça. E aí eu não vejo cidadania (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Complicado, pois por mais que a gente tente isso, os usuários ainda não têm essa visão, ainda estão presos ao atendimento dos profissionais, eles vivem naquela dependência do CAPS. Eu acho que nesse momento a gente tem a questão política, então a gente está muito amarrado em algumas ações e atitudes que a gente pode tomar. Parte também do sistema que a gente vive (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

A dificuldade de inserção dos usuários de saúde mental no mercado de trabalho, destacada por muitos dos entrevistados, ilustra uma realidade da política de saúde mental em muitos municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro, que são as insignificantes ações na área de geração de renda e trabalho. A própria questão da isenção fiscal para empresas que contratem pessoas com alguma deficiência ou com sofrimento psíquico grave é pouco discutida nos municípios estudados. E como ainda há pouca ou nenhuma abertura para essa discussão, isso acaba provocando um anseio em alguns usuários de terem algum tipo de renda e de serem beneficiários de pensões, aposentadorias precoces, auxílios-doença ou BPC/LOAS.

Esse panorama reforça uma cultura de incapacidade desses sujeitos e, não raro, incentiva uma busca pelos ditos “benefícios secundários” do sofrimento psíquico, tanto pelos usuários mais graves, quanto pelos menos graves, pois acaba se colocando como uma possibilidade, ou melhor, como uma alternativa para a intolerância a qual essas pessoas estão submetidas quando se trata da relação sofrimento mental e trabalho¹⁴⁷. Isto nos remete à intersectorialidade e integralidade abordada no GRAF. 30.

O segundo item, abordado nesse mesmo gráfico, foi a percepção dos profissionais sobre a relação entre saúde mental e intersectorialidade, ou seja, sobre a saúde mental e sua integração com outras políticas sociais.

O primeiro grupo considerou que houve avanços nesta relação e atribuiu à diminuição do assistencialismo, à instituição de vários serviços no município e, também às iniciativas de profissionais de várias áreas de políticas sociais para discutir os problemas que perpassam as instituições. A questão foi apontada por 1 profissional (12,5%) em Cantagalo e por 3 profissionais (37,5%) em Itaocara, conforme segue nas citações abaixo:

Espero que com o Fórum instituído e, apesar dele ser direcionado para discutir demanda de criança e adolescente, a gente consiga expandir para todos os nossos usuários. Observo, nesses 21 anos de trabalho na rede, que não se tinha visão de políticas sociais; as pessoas eram pedintes do prefeito para pagar luz e água. Hoje têm os serviços montados, os CRAS, fizeram as casas populares, os PSFs. Antes era assistencialismo mesmo. Acho que está

¹⁴⁷ Em geral, os usuários menos comprometidos conseguem garantir essa renda por meio do auxílio-doença, e têm a possibilidade, mesmo que pequena, de retornar ao trabalho. No caso dos usuários mais graves, em geral, não se consegue a sua inserção no trabalho formal e a disponibilidade das vagas na informalidade ainda é pequena. Dependendo do nível de comprometimento, estes podem tentar, com auxílio do CAPS, por meio do trabalho do assistente social, o acesso a pensões e benefícios de prestação continuada, observando os critérios estabelecidos em lei específica. Todos estes benefícios são concedidos por meio de parceria com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), através das Agências da Previdência Social (APS) e, em alguns casos, com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS).

avançando a integração da Saúde Mental com as políticas (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

Também é positiva. Fazer essa integração e englobar as outras políticas nos eventos do CAPS (Psicóloga nº3 – CAPS Itaocara).

Dá mesma forma como já respondi. A parceria existe (Psicóloga nº5 – CAPS Itaocara).

A integração é boa (Terapeuta Ocupacional – CAPS Itaocara).

Dentre os profissionais que consideraram que existe uma garantia razoável foram 5 profissionais (62,5%) em Cantagalo e 5 profissionais (62,5%) em Itaocara. Esse grupo destacou a falta da parceria, citando as dificuldades enfrentadas na consolidação dessas iniciativas. Estas dificuldades se relacionavam aos seguintes fatores: a ausência de respostas positivas dos outros serviços na busca por articulação; a falta do apoio necessário por parte da coordenação de saúde mental para este tipo de trabalho; a ausência de organização destas articulações que ocorriam para resolver problemas já instalados e não para preveni-los; e o pouco investimento do CAPS para organizar e planejar melhor suas ações a fim de que a articulação com outras políticas aconteça de forma sistemática. As citações que seguem demonstram a percepção dos profissionais sobre a temática:

Há uma busca, mas não uma concretização do vínculo CAPS e outros serviços (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

É eventualmente. Há uma falta de atuação realmente em parceria, de espaços construídos, com a Educação que é um espaço interessante, o tal do Apoio que é da Assistência, até hoje eu não sei como esse espaço funciona direito. Eu me coloco também no meio dos profissionais que estão fazendo dessa forma o trabalho (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Tem dificuldade por parte deles buscarem, embora não seja fácil quando é a gente que busca, pois tem resistência das outras áreas, mas está sendo gradativo. Acho que na saúde a troca da gerência municipal de atenção básica..., essa atual é mais flexível, mais participativa. Um exemplo é que ela liberou os profissionais do PSF para o Fórum de Saúde Mental da região Serrana que foi sediado aqui no município (Terapeuta Ocupacional - CAPS Cantagalo).

A gente está tentando, mas tem sempre embates: metade da equipe tenta mudar, promover algum avanço, mas metade, inclusive que detêm o poder, não está interessada nisso. Então, um exemplo, é aquele rapaz que foi expulso da sua casa¹⁴⁸ e que o movimento que se fez tentando um contanto

¹⁴⁸ O profissional citou o caso de um usuário com história de uso abusivo de álcool que morava com a mãe. A mesma foi beneficiada com uma casa popular, através de programa da Secretaria Municipal de Assistência Social na área de assistência-moradia a usuários em situação de vulnerabilidade. Segundo relato do profissional,

com a Assistência Social foi muito mal recebido, muito criticado, inclusive pela própria coordenação. Então, não há muito que ser feito nesse sentido, e enquanto se tem alguém na gestão, na coordenação, assim, não é possível fazer milagres; aí há um desestímulo muito grande dos profissionais; acho que o desejo fica muito comprometido, porque haja desejo... Haja desejo (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

Conseguimos boa parceria, mas elas não são criadas para isso... É para a resolução da emergência. Não é construído, se impõe (Psicóloga nº3 – CAPS Cantagalo).

Caminhando razoável (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Ainda precisa ser muito trabalhada, e isso cabe a nós. A responsabilidade de trabalhar a abertura dessas portas é nossa, e a gente está fazendo isso. A gente está conseguindo se organizar melhor quanto aos nossos objetivos, com a assessoria que a gente está recebendo da supervisora do CAPS (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Vejo com dificuldades, caminhando com passos lentos. Eu vejo o CAPS buscando muito mais (Assistente Social – CAPS Itaocara).

Faltam ações mais sistemáticas, e quando eu falo é no sentido de ter metas a ser alcançadas, pois as coisas ainda acontecem no plano muito emergencial e, quando tem determinado caso que deflagra essa necessidade. Acho que deveria ser por etapas para ser mais eficaz. A gente até planeja isso teoricamente, novos encontros, novos debates, ou reuniões, mas o serviço acaba atropelando (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Há reserva do Hospital geral, poderia se aprofundar mais com os demais setores como PSF. Mas tudo ainda é no sentido de abafar, apagar incêndio, controlar a crise (Psiquiatra – CAPS Itaocara).

O terceiro grupo avaliou que não existe integração entre a saúde mental e as outras políticas sociais, ou que ela não avançou o quanto deveria. Os profissionais citaram o isolamento do CAPS no sistema de saúde, a postura dos serviços de se envolverem apenas quando precisam dar conta de emergências, e não para construir alternativas de trabalho de longo e médio prazo. Nenhum profissional em Itaocara considerou que não existe garantia de cidadania, ou que não existe integração com outras políticas, e a questão foi apontada por 2 profissionais (25%) em Cantagalo, e seus comentários ilustram a percepção deles sobre o tema:

o usuário, quando alcoolizado, brigava na comunidade e, ao chegar a casa, depredava a mesma. Após ter recebido advertência por parte da SMAS, a família foi retirada da casa por meio de ordem judicial. A tentativa da assistente social do CAPS em fazer contato com a SMAS para uma articulação para o caso em questão, foi mal recebida pela Secretária de Assistência Social – primeira-dama do município – que se queixou diretamente ao Secretário Municipal de Saúde e, em seguida, à coordenadora do CAPS (Diário de Campo, agosto de 2009).

Não é legal. O CAPS funciona como um serviço que fica lá no cantinho, quando, de repente, a gente consegue resolver, vamos ligar para lá, vamos jogar para eles. É como aconteceu com uma auxiliar de enfermagem de um determinado PSF: ela ligou para o CAPS numa sexta feira, às 16h, falando que iria encaminhar uma usuária, na segunda-feira de manhã, para o CAPS fazer curativo nela, que ela não conhece a paciente e que não iria fazer o curativo e ia encaminhar para gente, pois era paciente nossa. Eu registrei isso em prontuário e acho que ela vai até levar advertência por conta disso. Eu fui atender e disse a ela que nem gaze nós não tínhamos, e que antes de ser nossa paciente, ela era do PSF e – ‘vocês têm que conhecer os pacientes de vocês; mas se você achar que tem necessidade, dependendo da gravidade que está, você encaminha para o Hospital Geral, tem que dar uma resolutividade ao caso’. É por isso que eu falo que a gente está como um serviço independente, o que é do CAPS e o que é do PSF separados, e assim vai. E ela ainda me questionou: então a paciente vai ficar sem fazer curativo? Eu disse que não, pois o curativo, pelo que entendo é responsabilidade da atenção básica. Às vezes parece que a coisa não evolui, regride; nem sequer estaciona, o que a gente conquista, daqui a pouco volta (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Não avançou tanto como deveria. Estamos apagando muito incêndio (Psiquiatra – CAPS Cantagalo).

As considerações dos entrevistados indicaram que a cidadania e a intersetorialidade ainda são conceitos que carecem de materialização no âmbito da saúde mental dos municípios estudados. Em relação às condições do serviço de saúde mental, à organização dos programas municipais de saúde mental, seja através dos CAPS I e de outros dispositivos, existe a possibilidade de direcionar as ações de cuidado à pessoa em sofrimento mental, alinhando-se aos princípios do Movimento de Reforma Psiquiátrica e ao modelo de atenção psicossocial ainda em construção no país.

Entretanto, os CAPS I estudados, vêm encontrando dificuldade em implementar tais ações pela inadequação do espaço físico (mais presente em Itaocara), pela inadequação dos recursos materiais (maior em Cantagalo) e pela inadequação dos recursos humanos (maior em Cantagalo). E uma vez que a relação entre cidadania e Reforma Psiquiátrica só pode ser pensada, pela concretização das ações, isto se fundamenta em duas ações: as internas, ou seja, no próprio serviço ou as ações externas.

Quanto às ações internas, constitui aquilo que o serviço propõe aos usuários, por meio da escuta às demandas que verbalizam durante os atendimentos, sejam estas explícitas ou implícitas; é a partir daí que o serviço pode organizar a sua rotina traduzindo demandas em necessidades de saúde. A organização desta rotina pode se dar pelo tipo de oficinas propostas, pela relação usuário-profissional-familiar, pela mediação nas suas relações familiares e no seu local de moradia; estimulando que os usuários coloquem suas demandas e orientando aquilo

que lhe é outorgado, como direito, por meio das leis vigentes em nosso país e no município, num trabalho de conscientização e politização dos mesmos. Em ambos os CAPS, esses recursos atendiam, parcialmente (Cantagalo e Itaocara), ou não atendiam (Cantagalo) às demandas direcionadas ao CAPS I.

As ações externas compreendem a ampliação do debate sobre a saúde mental, por meio das reuniões para estabelecer parcerias com outras instituições como: PSF, Hospital Geral, CRAS, Conselho Tutelar, Poder Legislativo, Poder executivo e seus representantes; Poder Judiciário, Educação, empresas localizadas nos municípios, organizações de bairro dentre outras; ou promovendo encontros e seminários para requisitar novos atores para as reflexões na área de saúde mental, de direitos sociais e de cidadania. Entretanto, os profissionais sinalizaram que existe uma garantia restrita quanto aos direitos de cidadania e, que a intersectorialidade ainda carece de parceria ou não tem apresentado a integração necessária para ampliar ou construir a rede de assistência.

Ao final do processo de entrevista foi indagado, aos profissionais, se gostariam de acrescentar algum comentário sobre o que havia falado durante a entrevista ou sobre a pesquisa realizada. Sendo assim, para análise dos dados, os comentários feitos se dividiram nos grupos dos que não fizeram comentários e os que fizeram¹⁴⁹, conforme segue:

- Não fizeram comentário: 2 entrevistados no CAPS de Cantagalo (25%) e 4 no CAPS de Itaocara (50%);
- Fizeram comentários: 6 entrevistados em Cantagalo (75%) e 4 entrevistados em Itaocara (50%).

Dentre os comentários feitos pelos entrevistados foram apontadas situações diversas sobre a saúde mental e sobre o processo de entrevista, conforme segue abaixo:

- Problemas na Política de Saúde Mental no município: 4 profissionais no CAPS de Cantagalo e 2 profissionais no CAPS de Itaocara.
- Melhorias na Política de Saúde Mental: 01 indicação em cada CAPS.
- Comentários sobre a entrevista: 04 profissionais em Cantagalo e 04 em Itaocara.

Afirmaram que o acréscimo que o processo de entrevista trouxe se deu pela reflexão que propiciou e pela aproximação maior do Serviço Social da área da saúde mental, dentre outros aspectos.

- Abordaram mais de um dos aspectos citados anteriormente: 3 profissionais em Cantagalo e 3 em Itaocara;

¹⁴⁹ Os dados não estão em porcentagem, pois alguns profissionais citaram mais de um aspecto em seus comentários.

Os entrevistados que apontaram apenas um aspecto em seus comentários, seja sobre problemas na política de saúde mental, seja sobre a entrevista foram 3 profissionais em Cantagalo e 1 em Itaocara:

Para o município onde a gente trabalha, tem sim grandes propostas, objetivos, porém nem sempre se consegue fazer por questões políticas, legislativas. Sobre a entrevista, não tenho nada a falar (Enfermeira nº1 – CAPS Cantagalo).

Às vezes, eu tenho um movimento de depositar esperanças em alguma coisa e, talvez esse evento da semana que vem, esse fórum¹⁵⁰ com a presença da Assessoria Técnica de Saúde Mental pode ser um pontapé inicial para criar dispositivos de discussão permanente. Acho que é uma oportunidade de dialogar com outros municípios da região Serrana que podem ter problemas muito parecidos em relação à política, à distância da capital. E uma saída seria realmente fomentar isso que se iniciará nesse evento para se produzir um movimento. Os outros municípios devem ter problemas parecidos, talvez haja essa demanda também, acho que seria uma oportunidade. E a partir dessa reflexão, dessa discussão, dessa reunião os municípios, possam implementar políticas mais condizentes com as diretrizes da Reforma (Psicóloga nº1 – CAPS Cantagalo).

Acho que a entrevista me acrescentou, mas ainda preciso conhecer muita coisa na área. Essa entrevista me fez pensar isso (Terapeuta Ocupacional – CAPS Cantagalo).

Estou satisfeita com o que falei. A entrevista foi ótima, as perguntas muito pertinentes (Psicóloga nº2 – CAPS Itaocara).

Dentre os que abordaram em seus comentários mais de um aspecto tais como os problemas na política de saúde e sobre a entrevista foram 2 profissionais em Cantagalo e 2 em Itaocara:

O teu trabalho é fundamental para que... nas entrevistas em si, ainda que não se mude nada, não sei se vai haver uma mudança, provoca algum movimento, provoca alguma reflexão nas pessoas, à medida que você vai perguntando. Eu mesma pensei muitas coisas porque tudo o que tinha para falar era ruim, então eu fiquei tentando me esforçar para encontrar pontos positivos. O que eu encontrei, na verdade, foi o meu desejo de trabalhar com a saúde mental que talvez não seja aqui, e de alguma forma legitimar, ainda mais, o que eu entendo como ético, como sendo realmente o meu desenho como profissional de saúde e a tua entrevista.... Você está fazendo com todos os profissionais do CAPS? É uma pena que não esteja com todos de nível superior e médio, talvez fosse importante ouvi-los também. Não é obrigado, a essas pessoas de nível médio e fundamental, ter o conhecimento em saúde mental, mas faz parte do trabalho e mesmo que não tenham tido isso na formação de 2º grau, de alguma forma, pelo tempo que se trabalha, já deveria se ter algum entendimento do que ocorre; se não há, é também um sintoma do que ocorre dentro do CAPS, na política de saúde no município.

¹⁵⁰ Fórum Regional de Saúde Mental na Região Serrana em julho de 2008, sediado no município de Cantagalo.

Eu não sei se isso vai ser rico, mas por si só já é um sintoma, pois mesmo que não seja formação do cozinheiro, da secretária, do monitor, do técnico de enfermagem, são pessoas que estão, diariamente, dentro do CAPS, pessoas que trabalham com saúde mental, há um ano e sete meses e, se não têm ainda um entendimento do que é o Movimento de Reforma, do que é a clínica dentro do CAPS, isso denuncia uma falha muito grande da implantação da política pública de saúde mental no município. Como um serviço que se propõe, enquanto um único serviço de saúde mental do município, não prepara os profissionais para isso; se eles não possuem formação nisso, não interessa, estudaram, estão aqui e isso demonstra que precisam ser capacitados, precisam ser atualizados, informados. Eu entendo que elas não têm que vir com isso, não têm que saber o que eu sei, mas de buscar saber qual é a proposta, a direção clínica do trabalho; acho que aí não tem nada que não tenha aprendido ao longo da formação, que eu não tenha aprendido ao longo da experiência. Não aprendi nada disso na formação, aprendi nos meus dois anos de experiência num CAPS e aqui dentro; na verdade aqui estou aprendendo tudo que não devo fazer. Aí tem os discursos lá da Assessoria Estadual tão bonitos, eu tive supervisão dois anos e achava que era assim mesmo, vamos lá; e não é... não é... não é; e isso é muito frustrante (Psicóloga nº2 – CAPS Cantagalo).

É difícil comentar... Algumas coisas a gente vem falando, questionando. Eu vivo muito aqui entre atenção básica e secundária e para reforçar algumas coisas que falei, posições que tomei, pois tem muitas responsabilidades que as pessoas não assumem e passam para os outros setores. Eu não sei se falta a gente ir lá ou eles conhecerem melhor o serviço – o CAPS. Eu estou responsável por me reunir com um PSF que eu nunca consegui ir lá. Tem uma enfermeira que eu conheço que trabalha na atenção básica e dá aula também, que ela virou e disse que pegaria qualquer matéria, menos saúde mental, pois tinha medo e não gostava, então, era um bloqueio e ela já trabalha há quase 15 anos, num lugar que tem CAPS. Não é fácil mesmo, às vezes a gente fica assustado com algumas reações deles; as pessoas ainda estão muito centradas na doença, no cuidar para não adoecer..., mas o que faz uma pessoa adoecer? Ninguém pensa nisso, só vêem que agora a pessoa está lá, em crise. E quanto ao seu trabalho, desejo-lhe muito sucesso e espero que ele venha contribuir, a gente tem conseguido se escutar, nós trabalhamos lá no mesmo setor e olha a dificuldade que você teve pra me entrevistar, quantas tentativas; então, a gente está no serviço, se encontra, mas às vezes não consegue discutir; quem me escuta muito é a psicóloga porque trabalhamos no mesmo dia, eu sento com ela e falo sobre os meus acolhimentos e atendimentos, e ela me orienta; às vezes também a gente se prende muito à rotina; eu estou com um acolhimento, um rapaz que foi pedir ajuda porque não está conseguindo tirar a carteira de motorista e pela rotina, seriam três acolhimentos e depois encaminhá-lo para outro serviço e ela me orientou que não, que eu pudesse escutá-lo até o dia da prova e um outro dia depois. Se eu não a tivesse escutado, talvez eu faria os três; ninguém vai lá ao CAPS porque quer, as pessoas já têm um receio de lá, ... ‘se eu for lá as pessoas vão achar que eu estou maluco...’ A pessoa que chega ao serviço, para mim, é muito corajoso e muitas pessoas têm medo, acham que se forem ao CAPS serão vistas como malucas e não querem ir, ou, ‘eu estou vindo aqui porque eu não tenho dinheiro, porque é de graça...’ Quantas vezes eu já ouvi isso em acolhimento, vão lá porque não têm como pagar em outro lugar. Eu nunca trabalhei na saúde mental, sempre tive medo e isso acontece com muitos profissionais (Enfermeira nº2 – CAPS Cantagalo).

Os CAPS são nova alternativa, mas tem algo que me preocupa que é o que você problematiza de até quando absorver todas essas demandas. A situação dos municípios que não tem CAPS é difícil. O Programa De Volta para Casa tem sido muito eficaz aqui. Acho que tivemos familiares muito participativos. Sobre a entrevista, quero que traga o resultado para a gente com novas possibilidades. Foi muito perspicaz no que trouxe à luz, pois a questão foi pouco problematizada, mas é problemática, e você traz isso. Esqueci de citar a integração do CAPS com o Teatro daqui da cidade (Assistente Social – CAPS Itaocara).

A Reforma Psiquiátrica foi um grande avanço, fundamental, veio e precisa vir, e o CAPS só precisa ter o cuidado para não cair no sistema, e isso em todos os municípios, de ser um mini-hospital psiquiátrico. Então, ele tem que investir nas oficinas, na vida social, no contato com as famílias, na parceria. Então, o que falta, quando você me pergunta quais são os atores que interferem... Não tem família, não tem paciente; é um ou outro em determinados aspectos, então se a gente tivesse uma assembléia com os familiares, um grupo de funcionários para dar voz às necessidades deles próprios... É esse avanço que eu sinto falta, de um modo geral, pois isso acontece em toda cidade pequena. Trabalhar a questão social é uma questão de filosofia de trabalho; e a minha visão é um pouco diferenciada de quem está à frente do CAPS; eu acho que o aspecto social é prioritário, e eles não vêem assim. Muitos dos sofrimentos psíquicos são produzidos pelas “questões sociais” e quem está de frente não acha que deve ser assim, pois se o CAPS abraçar a questão social, vai extrapolar suas funções, e eu acredito que isso é função do CAPS sim, o próprio nome já diz – Centro de Atenção Psicossocial. A questão do Hospital Geral também me incomoda muito, pois mesmo a gente tendo perdido leito, há uma determinação na legislação da saúde mental dos hospitais gerais de dar essa cobertura em virtude do fechamento dos hospitais psiquiátricos. E aí, quem vai dar esse apoio? A gente tem essa grande dificuldade aqui, mas eu também culpo o governo do Estado por isso, pois a gente não tem uma voz que respalde a nossa fala quanto a essa importância, dessa negociação, de tirar essa fantasia, do medo. Eu também entendo o lado do administrador do hospital, mas se a gente tivesse o respaldo, teria como superar as justificativas deles e a gente fica muito sozinho para certos avanços. De um modo geral, a minha preocupação é que os CAPS não caiam na medicalização e achar que isso está ótimo, como se estivesse fazendo um favor para a pessoa, porque existe uma tendência para isso. Se não houver atenção, humanização e supervisão do Estado vai se perder muito trabalho no interior principalmente. Ou então vai se mudar de nome e as práticas continuarão a ser retrogradadas, ineficazes, ultrapassadas. Mas eu ainda sou otimista, tem chance de dar certo e existem profissionais muito bons na saúde mental e são eles alfinetinhos que espetam os que estão mais acomodados. E sobre o seu trabalho, acho interessante essa procura no mestrado; o serviço social se voltando para a saúde mental, pois no início existia um preconceito nessa área. Eu queria que tivesse mais profissionais de outras áreas no CAPS como fisioterapeuta, de educação física e que outras áreas tivesse maior entrada no CAPS. A democratização que tem que haver na Reforma Psiquiátrica. Nunca se deve pensar que CAPS é sinônimo de saúde mental, ele é um dos procedimentos, é um espaço físico, o programa de saúde mental municipal é muito além disso; e as pessoas têm confundido isso. Estão achando que montar um CAPS e colocar para funcionar já é a política de saúde mental, mas é muito mais que isso. A política de saúde mental tem que ser muito mais abrangente, pois a existência do CAPS já é uma exigência. É isso que permite se aproximar

dessas outras áreas, das outras políticas, do PACS, do PSF, da educação, da assistência, pois isso volta como facilitador do CAPS (Psicóloga nº4 – CAPS Itaocara).

Os que apontaram melhorias no trabalho e que falaram sobre a entrevista foram 2 profissionais em Cantagalo e 1 em Itaocara:

Se a pesquisa é para ter uma visão de saúde mental, é legal, enriquecedora. Acho que a demora na conclusão da entrevista fez com que algumas coisas se perdessem. Aposto numa melhoria para a Saúde Mental. (...) há possibilidade de contratar mais um médico e implantar o NASF. O Secretário de saúde se preocupa em ampliar o serviço e depois não ter como manter (Téc. de Enfermagem – CAPS Cantagalo).

...Quando peguei a coordenação eu tentei trabalhar a flexibilidade do funcionário, houve mudança de cargo dos funcionários (de nível médio e fundamental). Eu acho que todo funcionário é capaz desde que ele seja colocado no lugar certo; (...) Por mais problemas que a equipe do CAPS tenha, eu ainda vejo que a gente tem uma integração... A questão da qualificação com a supervisão eu já falei. A gente está tentando um projeto de articulação com a FAETEC para o curso de informática. E também tem que se falar da importância de sua pesquisa, pois por mais que tenha se falado na Reforma Psiquiátrica e CAPS, ainda é aquela questão, ou você ama ou odeia a saúde mental, então é importante ver pessoas jovens como a gente, lutar pela Reforma Psiquiátrica, lutar por um tratamento mais humanizado, essa assistência biopsicossocial ao paciente. Então, eu acho que vai ter muito que engrandecer a todos que tiverem acesso e também de mostrar o trabalho dos municípios do interior (Psicóloga nº1 – CAPS Itaocara).

Observamos que os profissionais retomam situações importantes ocorridas na saúde mental nos municípios, sinalizando as ações que necessitam de implementar ou avançar para que a atenção psicossocial nos municípios se concretize de forma intersetorial e integral e alcancem os objetivos de garantir relações de cidadania, e de autonomia para os usuários. Neste sentido, retomaremos, no próximo capítulo, alguns resultados encontrados nos dados coletados das entrevistas com os profissionais.

CAPÍTULO IV – A ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS: OS RESULTADOS DO ESTUDO

Este capítulo retoma alguns resultados encontrados neste estudo que podem contribuir para a reflexão sobre a saúde mental nos municípios estudados. Busca mostrar os avanços e as dificuldades da rotina dos CAPS I para inferir sobre a política de saúde mental no interior fluminense. A partir disto, apresentamos algumas possibilidades de reorientação cultural e das práticas, tendo em vista a humanização da atenção em saúde mental pela concretização de ações mais condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

4.1. Pensando alguns resultados encontrados na saúde mental dos municípios de Cantagalo e Itaocara

Naquela tarde, por volta das 13h30min, várias pessoas aguardavam, na recepção, a consulta com psiquiatra. Tempos depois, o profissional chega e uma usuária, que estava em crise, tentou invadir o consultório. Ela dizia gritando: *“Trocaram meu remédio, eu estava me sentindo bem com o outro; porque trocou o branco grandão por esse mosquitinho branco. O ‘seu’ doutor, eu quero falar com o senhor”* (sic). Já passava das 14h e por diversas vezes a usuária tentou falar com tal profissional, por meio de seus gritos. A tentativa de invadir o consultório médico foi impedida em todas as vezes por dois funcionários que formavam barreiras, próximos à porta. Ela se queixava sempre repetindo, incessantemente, a fala anterior e reclamava dos funcionários que não a deixavam falar com o psiquiatra. Ela andava pela recepção e pelo corredor que dá acesso (Vide FIGURA 17, Cap. III) às salas de atendimento sem parar. Um dos funcionários então falou: *“Se você não parar de gritar eu vou te dar a injeção”* (sic). Ela xingou, reclamou e voltou para a recepção.

A mesma cena se repetiu por alguns instantes e num dos momentos, quando a usuária retornou ao corredor, o mesmo funcionário, que é auxiliar de enfermagem, segurou-a e a outra funcionária aplicou-lhe a injeção. A usuária tentava resistir e solicitava em tom de ordenamento que não fizessem aquilo. A injeção foi-lhe aplicada e, após isso, a usuária saiu pelo CAPS proferindo xingamentos a todos e foi embora pelas ruas. Nenhum funcionário foi

atrás dela ou o próprio médico, ao ouvir todos aqueles gritos, saiu do consultório onde estava atendendo¹⁵¹.

A situação relatada, anteriormente, chama a atenção para algumas questões que se colocam no dia-a-dia da construção teórico-prática da atenção psicossocial e do cuidado em saúde mental, e nos auxiliam a pensar alguns resultados encontrados nesta pesquisa. Demonstra-nos que, apesar dos avanços conquistados até o momento, pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e pela perspectiva da humanização em saúde mental, a reprodução dos “desejos do manicômio”, conforme assinalada por Alverga e Dimenstein (2006), ou seja, de uma lógica violenta e desrespeitosa, ainda orienta a prática de alguns profissionais. E ainda, reforça a afirmação de Duarte (2004) de que nem todos os atos cuidadores que são desenvolvidos em um território técnico-assistencial de cuidado em saúde mental, principalmente nos serviços substitutivos, são necessariamente orientados pela perspectiva do cuidado.

Isso se confirma na medida em que observamos a desqualificação do usuário pela desconsideração de seu discurso e de sua demanda explícita de ter explicado pelo médico-assistente, a modificação em seu esquema medicamentoso. Falamos em demanda explícita, pois esta foi a motivação inicial de seus gritos. Entretanto, nela poderia haver uma demanda implícita¹⁵² e de certo sempre há, mas que não foi desvelada pelos profissionais que não apresentaram outra possibilidade de acolhimento a sua demanda para além da ação medicamentosa.

O acolhimento seria a conduta a ser tomada pelos profissionais presentes no serviço - não só pelo profissional médico e pelos demais envolvidos na ação -, pois é com o objetivo de acolher as demandas, apresentadas, às vezes, de forma confusa pelo usuário, que o profissional de saúde deve se colocar nas instituições. Cabe a ele a elucidação das mesmas, que em muitas situações nem o próprio usuário consegue ter clareza de como ela se manifesta ou da melhor forma de transmití-la para, deste modo, ter atendida as necessidades de saúde¹⁵³

¹⁵¹ Relato do Diário de Campo em 23/09/2008.

¹⁵² Vasconcelos (2002) argumenta que “Se já é difícil, numa realidade tão complexa, apreender, sinalizar e priorizar demandas explícitas – as que estão aparentes –, a necessidade de se abstrair da aparência da realidade trabalhada dificulta, ainda mais, a sinalização, apreensão e priorização das demandas implícitas – demandas ocultas, que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas” (p.179-80).

¹⁵³ Uma reflexão sobre demandas apresentadas pelos usuários e as necessidades de saúde, podem ser encontradas em Cecílio (2001). O autor argumenta a demanda é o pedido explícito que pode ser por consulta, por consumo de medicamento ou realização de exames. Já as necessidades de saúde podem ser a busca por algum tipo de resposta para as más condições de vida, por vínculo afetivo e efetivo com o profissional, por autonomia no modo de andar a vida ou mesmo de ter acesso a alguma tecnologia de saúde capaz de melhorar a vida. “Está tudo ali,

que apresenta. E o acolhimento e a escuta colocados em prática pelo profissional poderiam contribuir para reorientar tal situação. É neste sentido que a argumentação sobre a necessidade de uma nova concepção de assistir ao outro no seu modo diferente de ser e existir, pautados pela ética do acolhimento à diferença, na consolidação de um novo ato cuidador, se reafirma¹⁵⁴.

Tal situação chama atenção também pela desconsideração de aspectos cruciais discutidos até aqui, mostrando a necessidade de nos voltarmos para as práticas desenvolvidas por todos os profissionais: de nível superior, médio ou fundamental, que independente do cargo ocupado no serviço, todos são agentes de cuidado da saúde mental no município, e suas ações podem contribuir ou não para a ressignificação e produção de vida por parte dos usuários, como afirma Merhy (2007).

Curiosamente, nenhum profissional presente na instituição, naquele dia, tentou outro tipo de abordagem mais condizente com o respeito aos direitos do usuário e com a proposta de cidadania que orienta a Reforma Psiquiátrica. A própria presença de um outro profissional, que estava ali como pesquisador - como era de conhecimento de todos - não causou constrangimento na equipe ou nos três profissionais envolvidos na ação - aos quais foi delegada, naquele instante, a manutenção da ordem local pela contenção, pela violência.

Práticas como a medicalização do sintoma - o conhecido SOS¹⁵⁵ para controlar a crise, a fala e o desejo - ainda são utilizadas de forma mais ou menos recorrente, sem estranhamento e sem se dar conta de que por meio delas se provoca a manutenção da clausura, da norma e processos de mortificação do desejo e de muitas afirmações usuais dos sujeitos Goffman (1961). Ou seja, essas práticas mantêm os resquícios do manicômio e nos remetem ao fato de que, mesmo com o desmoronamento das instituições de confinamento através do fechamento de muitos hospícios, outras formas de controle continuam se disseminando e contribuem para que o confinamento subjetivo sobreviva - de forma mais ou menos flexível, com maior ou menor fluidez, mas não menos eficazes.

na 'cestinha de necessidade' precisando ser de alguma forma escutado e traduzido pela equipe" (p.177) E o autor coloca na integralidade, o esforço da equipe em traduzir e atender tais necessidades.

¹⁵⁴ Duarte (2004).

¹⁵⁵ Sigla comumente dada a um aumento no esquema medicamentoso para tentar conter sintomas que evidenciam uma eminente crise ou surto do usuário. Tal prática não é de todo reprovável, desde que se busque, associada a ela, entender o que está implícito naquela situação, em geral, momentânea, em que o nível de organização e de crítica do usuário encontra-se fragilizado. Entretanto, o relato da situação e o desfecho, nos permitem inferir que essa postura não foi assumida pela equipe. Rocha (2006) nomeia tal prática como camisas-de-força químicas, que abafando o sintoma (uma idéia delirante ou algo assim), impede "... a expressão, por parte do paciente, daquilo que talvez trouxesse uma luz sobre seu problema" (p.19).

Muitos profissionais entrevistados demonstraram preocupação com a permanência do que pode ser chamado de subjetividade manicomial, ou “desejos de manicômio”, como dito anteriormente, quando perceberam, em muitas situações, na rotina dos CAPS I, essa tendência às práticas asilares. E dentre os fatores que consideraram contribuir para isto são a falta de orientação e formação dos profissionais que não têm um acompanhamento contínuo da equipe, para construção de uma análise diferenciada sobre saúde mental, conforme coloca a Reforma Psiquiátrica.

Assim, a questão ultrapassa a criação ou mudança de serviço e coloca-se na reorientação de concepção, de paradigmas, mas também de prática, de perspectiva de trabalho clínico¹⁵⁶. Isto significa que não se pode colocar pessoas dentro de qualquer tipo de serviço, sem ter propostas de ações para com elas, porque senão o CAPS fica com função semelhante a do hospício, o que não favorece à problematização das situações ocorridas na rotina dos serviços. Sendo assim, precisamos estar atentos para não banalizarmos essas posturas que se inserem com grande facilidade nas ações, no dia-a-dia dos serviços.

Uma tendência observada durante as entrevistas, e que confirma indagações da pesquisa, se refere ao predomínio de características ambulatoriais¹⁵⁷ nos CAPS I estudado, enquanto estes deveriam se organizar, prioritariamente, para o trabalho na perspectiva territorial¹⁵⁸. Alguns fatores que apontaram para tal tendência foram o maior número de profissionais de psicologia (GRAF. 1); o tipo de demandas encaminhadas (GRAF. 22) e o tipo de demandas mais atendidas nos CAPS (GRAF. 23); e a organização do sistema de saúde local que valoriza o ambulatório¹⁵⁹. E isso se torna evidente, quando alguns profissionais

¹⁵⁶ A questão foi trabalhada no capítulo I.

¹⁵⁷ O assunto foi discutido no trabalho de Andreoli et al (2004) estudo no CAPS de Santos, no qual 81,7% das atividades realizadas pelo serviço era ambulatório médico-psiquiátrico, portanto centrado no modelo ambulatorial e que não priorizam o atendimento coletivo.

¹⁵⁸ A perspectiva do trabalho no território baseia-se na definição do Ministério da Saúde e significa que a construção de uma rede comunitária de cuidados depende da articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Ela se conforma na medida em são permanentemente articuladas outras instituições, associações e variados espaços da cidade – e não apenas o serviço ou equipamento de saúde mental – para fazer face à complexidade de demandas de inclusão de pessoas história de segregação. Neste sentido, o território não se restringe à área geográfica. Ele engloba pessoas, instituições, redes e cenários diversos nos quais se dão a vida comunitária – trabalhando seus componentes, seus saberes e os recursos como possibilidade de construção coletiva das alternativas de vida pela multiplicidade de trocas que se colocam neste contexto. Essa perspectiva foi abordada no Capítulo I.

¹⁵⁹ As distinções entre as características ambulatoriais da saúde mental e o trabalho do Ambulatório de Saúde Mental requeridos, hoje, pelo modelo psicossocial foram discutidos por Silva Filho (2000) e pelo Ministério da Saúde em Brasil (2007) e encontram-se no Capítulo II.

comentaram sobre o número de consultas psiquiátricas e em psicologia feitas em comparação ao número de usuários atendidos em oficina, ilustrando que a média de pacientes atendidos em oficina é baixa, provocando um esvaziamento no CAPS, que não parece ser pela resolutividade e a atenção necessária dada aos usuários graves e familiares. Pelo contrário, indica que os profissionais dos CAPS estudados têm tido poucos recursos para trabalhar essa demanda, ou seja, para orientá-la de forma adequada.

Outra tendência observada foi a “capsização” do modelo de atenção psicossocial como foi apontado por Amarante (2003), na medida em que a Reforma Psiquiátrica e a implantação das ações de saúde mental em alguns municípios tem se reduzido à disponibilizar os CAPS I para atender toda a demanda na área. Isso tem ocorrido pela inexistência de outros serviços de saúde mental e também pela carência de interlocuções necessárias com os serviços de outras políticas sociais e a rede em geral.

A centralização dos atendimentos dos usuários em sofrimento mental, nos CAPS, foi uma preocupação demonstrada pelos profissionais em vários aspectos como na articulação com os outros níveis de atenção na saúde; no atendimento à crise psiquiátrica e articulação com os hospitais gerais, na dificuldade de articulação com outros setores, o que mostra a dificuldade de ações que materializem a integralidade e a intersetorialidade.

A construção de uma prática intersetorial sistemática (Andrade, 2006) também foi apontada como uma das dificuldades, pois a articulação permanece nos momentos de emergência e para a solução de problemas imediatos. Ainda era inexistente, na época de coleta dos dados, a construção e sistematização de propostas de curto, médio e longo prazo. Isso ficou evidente pela raridade de momentos de discussão e reunião com outros setores, o que coloca dificuldades para a concretização da perspectiva da integralidade da assistência.

Isto ficou ilustrado também pela maior articulação entre a política de saúde mental e a política de saúde, mesmo assim, seguindo a tendência de ausência de propostas ou protocolos de trabalho. Conforme afirmaram muitos entrevistados, a articulação entre os serviços ainda se dava para “abafar as crises psiquiátricas”, isto é, evitando que elas tomassem proporções maiores ou, no entendimento do CAPS, como “válvula de escape” para os problemas surgidos na área de saúde mental, e não como um serviço a se articular para construir uma atenção em saúde melhor e organizada.

Embora a maioria dos entrevistados tenha assinalado que existem ações conjuntas entre diversos setores, não podemos afirmar que são ações sistemáticas. Tais articulações com outros setores e políticas mencionadas pelos profissionais, ainda que resultassem em pontos positivos, não favoreceriam à construção da rede de assistência e de processos intersetoriais,

tendo em vista que, o objetivo das ações visava tão somente a resolver questões imediatas - aconteciam na medida em que problemas se manifestavam - sem estruturar ações de longo prazo, de melhoria das políticas mencionadas. A sistematização das ações é necessária para reorientar a construção da política pública nos municípios, pois, nesta medida, implicariam envolvimento e parceria entre profissionais de diferentes áreas, os gestores municipais, a comunidade e usuários, deixando de ser ação ou reivindicação de um determinado grupo, para traduzir-se em anseio do coletivo.

A dificuldade de inserção dos usuários de saúde mental no mercado de trabalho também é um outro ponto crítico da intersetorialidade, da garantia de cuidado integral e da cidadania. Essa realidade da política de saúde mental, em muitos municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro, traduz as poucas ações na área de geração de renda e trabalho. Existe pouca ou nenhuma abertura para a discussão sobre isenção fiscal para empresas que contratem pessoas com alguma deficiência ou com sofrimento psíquico grave nos municípios estudados. E isso acaba provocando um anseio, em alguns usuários, de terem algum tipo de renda para terem sua sobrevivência garantida e, se tornarem beneficiários de pensões, aposentadorias precoces, auxílios-doença ou BPC/LOAS¹⁶⁰.

Neste sentido, nos deparamos com contradições vividas na saúde mental na tentativa de assegurar relações cidadania¹⁶¹, pois neste caso, se volta para a sobrevivência dos usuários e seus familiares. Até bem recentemente, existia um entendimento errôneo de que garantir renda ao usuário de saúde mental, teria que implicar na sua interdição civil, dado que era visto como incapaz de gerir seus rendimentos. De fato, em alguns casos, isto pode sim se fazer necessário, mas não para todos. No CAPS de Itaocara, para ter garantido o acesso à renda por parte dos usuários, através da requisição de BPC ou de pensões por morte de segurados do INSS, muitos familiares lançavam como recurso a interdição civil, conforme apontaram alguns entrevistados.

Tal situação é preocupante por dois motivos: primeiramente porque reflete a situação socioeconômica de muitas famílias de usuários da saúde mental, pois estes, por terem condições laborativas limitadas, em alguns casos, não conseguem vagas no mercado de trabalho; em segundo lugar, pois não é problematizado que o fato de não apresentar condições para o trabalho formal e de sua insuficiência de meios de garantir o próprio sustento, não

¹⁶⁰ Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/1993). (A definição do Benefício e suas condições foram apresentadas no Capítulo III).

¹⁶¹ Uma discussão bastante pertinente sobre cidadania de sobrevivência é levantada por Bravo (1996).

significa que o usuário, se assistido adequadamente, não possa ele mesmo, administrar sua renda.

Isso traduz as poucas ações da saúde mental nesta área – do trabalho e renda que é um debate recente e difícil, e que, na maioria dos municípios, ainda não alcançou esse nível de discussão, pois a questão ainda está centrada na aceitação do sofrimento psíquico como forma de viver. Mostra também que o panorama atual fortalece uma cultura de incapacidade do sujeito com sofrimento psíquico, incentivando, em alguns casos a busca por “benefícios” oriundos do mesmo, como já abordado no capítulo anterior, visto que, vêm nestes, a possibilidade de enfrentar a falta de tolerância, ou melhor, de solidariedade, com quem vivencia, mesmo que, em menor gravidade, as consequências do sofrimento mental. A situação revela a necessidade de intensificar e politizar o debate que relacione sofrimento mental e trabalho, e vice-versa. Isto também nos remete à intersectorialidade e integralidade, pois tal discussão deverá abranger a política de saúde, a política previdenciária, e de trabalho.

No que se refere, especificamente, a dificuldades com os hospitais gerais, isto se coloca tendo em vista que, muitos municípios não garantem os leitos psiquiátricos para as internações breves, mesmo com a determinação em lei de que aos hospitais gerais cabe essa cobertura, dado o descredenciamento ou fechamento dos hospitais e clínicas psiquiátricas. Isso se torna evidente quando a terceira maior indicação de encaminhamentos, realizados no CAPS de Cantagalo, é para internações em clínicas especializadas expressando a dificuldade dos profissionais de saúde mental em manter os usuários em crise por um tempo mínimo em leitos do Hospital Geral, antes de utilizar o recurso da internação especializada.

Os profissionais apontaram sobre a necessidade do apoio por parte de outras instâncias de governo que possam mediar às negociações entre os profissionais da saúde mental, os gestores municipais e profissionais de outros setores, principalmente na saúde, tendo em vista as dificuldades enfrentadas. Esta situação foi apresentada nos dois municípios estudados e as dificuldades não se resumiram ao atendimento de emergências psiquiátricas, mas, em alguns casos, para outros procedimentos clínicos gerais, no âmbito das emergências médicas em saúde e na própria atenção básica em saúde.

No que tange ao atendimento nas unidades de atenção básica do Programa de Saúde da Família e à articulação com outras políticas sociais como assistência social e educação também foram sinalizadas dificuldades. Os profissionais apontaram também para outros problemas que refletem na “cronificação” dos usuários no CAPS, que foram o predomínio de atividades dentro do espaço institucional (TAB. 7) e a ocupação restrita de outros espaços de convívio – sejam estes os bairros, a escola, o local de trabalho, dentre outros. Tais problemas

inibem a possibilidade de ampliação dos espaços de troca dos usuários e, conseqüentemente, restringem sua autonomia apontando para a dificuldade das ações em saúde mental para reorientar essa realidade. Isso se ilustra pela falta de atividades, pela desocupação ou desemprego que muitos usuários, com comprometimento psíquico, vivenciam. Assim, se desde 2005 a Portaria 1169 destina incentivos a municípios que implantarem ações de inclusão social pelo trabalho, estas são inexistentes em ambos os municípios.

A existência de reuniões (TAB. 8) e a discussão das parcerias de trabalho como tema das mesmas (GRAF. 24), embora sejam iniciativas frágeis em ambos os CAPS, são expressivas na medida em que a reorientação do modelo de atenção e da articulação do CAPS, com os outros serviços, se configuram como ações contínuas. Sendo assim, os espaços de reuniões, ainda que assistemáticos, são possibilidades de reorientar a discussão para propostas de tratamento que contemplem os princípios e diretrizes do SUS e da Lei de Reforma Psiquiátrica. Poderiam também facilitar o acesso dos usuários aos serviços da rede através da organização de fluxograma para atendimento (TAB. 9).

Embora, em ambos os municípios, os profissionais sinalizassem o início dessa articulação com outros setores e também a carência de sistematização e de apoio por parte da gestão pública, principalmente em Cantagalo, tais iniciativas partiam dos profissionais de saúde mental, que mesmo com escassez de recursos vêm buscado formas de consolidar tais ações. Em Itaocara, entretanto, os profissionais mencionaram a disponibilidade de recursos, principalmente materiais e humanos e o apoio da gestão municipal nas ações realizadas pelo CAPS.

A influência de fatores político-eleitorais também foi percebida como dificuldade enfrentada na condução das ações de saúde mental. As questões dos favores e dos interesses acabam promovendo pouco compromisso com as políticas públicas que são orientadas nacionalmente e estadualmente. Os profissionais citaram fatores que ilustram este descomprometimento, dentre eles a escolha da chefia que parece atender muito mais ao objetivo do gestor em manter o controle e a ordem para que profissionais se calembem e trabalhem, funcionando sem questionar muito; a falta de investimentos em áreas importantes como saúde, educação e saúde mental; o fato do CAPS ser o único equipamento de saúde mental também o torna complicado e dificulta o estabelecimento da rede; a tentativa de controle, que não deveria existir, sobre as decisões da equipe, chegando ao ponto da tentativa de intervir em projetos terapêuticos de usuários¹⁶².

¹⁶² A discussão sobre o projeto terapêutico utilizada neste estudo foi de Onocko-Campos e Miranda (2008).

As ações a serem desenvolvidas pelos profissionais do CAPS com os usuários, com a comunidade, ficam erroneamente atreladas ao poder público municipal e à gestão que, como sinalizaram os profissionais, sugerem a reclusão do usuário no CAPS, sem causar “problema” no cenário municipal. Isso atrapalha a implantação da política, pois o objetivo de inclusão social e de reconstituição da autonomia por esses usuários, para que tenha qualidade de vida maior, fica comprometido e, literalmente, amarrado quando se entende que o CAPS é lugar para que o usuário fique o dia inteiro, livrando a sociedade do convívio com ele.

Ao contrário, é necessário que se entenda que o CAPS é lugar de passagem, que precisa ter porta de saída, que terá dificuldades de se concretizar sem articulação em rede e sem o apoio, o entendimento e a sensibilização de gestores e de outros atores para a saúde mental. Sendo assim, a reflexão sobre estas questões foi colocada como tentativa para avançar na construção da atenção psicossocial nos municípios, condizente com as diretrizes nacionais da Reforma e da política de saúde mental.

Em Itaocara, a influência de fatores político-eleitorais foi percebida pelo predomínio de relações precárias de trabalho – o contrato temporário¹⁶³; pela admissão no serviço público por meio de convite feito a alguns profissionais, o que demonstrou que naquele município não se privilegiou o concurso público como forma de seleção dos profissionais para trabalhar no CAPS I, como aconteceu em Cantagalo, tendo em vista que alguns profissionais trabalhavam na unidade entre 4 e 2 anos.

Essa permanência prolongada dos profissionais contratados nos serviços pode favorecer a continuidade do trabalho, mas o contrato temporário também é meio de favorecimento político. Além disso, a precariedade do vínculo inibe a problematização sobre a orientação do serviço e da própria política de saúde mental uma vez que, por ter vínculo precário com a instituição e, na maioria das vezes, envolvendo o comprometimento pessoal com grupos político-eleitorais do município, o profissional, mesmo discordando ou percebendo incoerências entre a condução da saúde mental no município e o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, não estaria seguro de tornar pública sua percepção, tendo em vista o risco de demissão.

Outros fatores que indicaram tal influência nos CAPS foram retaliações sofridas por profissionais concursados que foram lotados no CAPS contra sua vontade, pois pertenciam a grupos políticos distintos daqueles que ocupavam o poder na época de sua admissão ao

¹⁶³ Embora a situação de contrato temporário, retratado na Tabela 4.1, seja um problema do ponto de vista das relações de trabalho e da garantia dos direitos do servidor, isso não foi colocado em discussão por nenhum dos profissionais de Itaocara, mesmo sendo vivenciada pela maioria da equipe. Isso aponta para as condições de trabalho, como uma das dimensões da humanização e reforma psiquiátrica abordada no primeiro capítulo.

serviço. Isto foi percebido quando os profissionais foram indagados sobre a motivação para trabalharem na saúde mental (GRAF. 5).

Em ambos os municípios, conforme relato dos profissionais, existe rede básica de atendimento em saúde, serviço hospitalar e outros serviços de outras políticas também tais como escolas, conselhos tutelares, centros de atendimento da assistência social, associação de moradores de bairros. Contudo, a formação de uma rede de atenção ainda não alcançou os avanços necessários, e os profissionais atribuíram esta realidade ao pouco investimento da gestão e conscientização de profissionais de algumas áreas.

Em relação ao papel da gestão municipal na saúde¹⁶⁴ e na saúde mental, as opiniões dos profissionais nos CAPS I estudados se polarizaram. Em Cantagalo, prevaleceram as considerações da gestão como obstáculo ou dificuldade na realização das ações de saúde mental mais próximas das propostas da Reforma Psiquiátrica. Citaram como fatores a falta de esclarecimento, de sensibilização, o distanciamento em relação ao CAPS e as dificuldades político-administrativas que vão desde a falta do carro para a realização de atividades fora da instituição, até a falta de manutenção da equipe mínima.

No CAPS Itaocara, a gestão foi considerada facilitadora da saúde mental pela presença constante no CAPS, pelo atendimento a todas as solicitações do serviço, pela disponibilidade de recursos e pelo apoio, em geral, às idéias da Reforma quando possibilita tudo o que foi citado. Isto aponta que o diálogo e a cooperação entre gestores e profissionais - para que a materialização da política de saúde mental atenda às necessidades dos usuários e aos princípios presentes nas leis que regulamentam a área em questão - se fazem necessários.

Embora a maioria dos municípios enfrente dificuldade para relacionar o atendimento das demandas dos usuários e as necessidades sociais vigentes nos municípios com a disponibilidade de recursos, - dado as reflexões sobre sua capacidade em atender as responsabilidades que lhes foram impostas pela descentralização¹⁶⁵ - a situação sugere ser necessária uma análise prudente, tendo em vista que os fatores apontados pelos profissionais refletem aquilo que a população apresenta como demanda nos atendimentos realizados e a observância de como os mesmos influenciam diretamente no serviço prestado à população e na qualidade de vida da mesma.

Dentre as ações realizadas pelos profissionais dos CAPS I, algumas estão especificamente ligadas ao apoio e comprometimento dos gestores locais para as ações nesta

¹⁶⁴ Reflexões sobre o papel da gestão vide Borges e Baptista (2008), que foi utilizada no Capítulo I.

¹⁶⁵ Vide Arretche (1996) e Andrade (1996)

área. E isso pode ser mais facilmente conseguido pela equipe com maior apoio por parte dos representantes da Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio, como normatizador e indutor de políticas (SESCEC, 2008), por meio de suas ações de supervisão e intensificação de visitas a esses municípios, conforme sinalizado em outros momentos. Outras dependem da ação dos profissionais, e se relacionam a diferentes fatores.

No que tange às ações que são desempenhadas, diretamente, pelos profissionais, estes sinalizaram as dificuldades para as ações externas pela ausência de recursos e parcerias; e nas ações internas percebemos alguns equívocos em seu direcionamento. Alguns destes equívocos já foram citados e discutidos como a tendência à ambulatorização e à centralização das ações no espaço institucional – conhecido como cronificação dos usuários no CAPS. Outro aspecto diz respeito ao tipo de atividade interna que é proposta. Neste sentido, consideramos problemático o direcionamento das oficinas terapêuticas, principalmente no CAPS de Itaocara, pois algumas seguem o modelo de abordagem individual num espaço de atendimento em grupo; outras poderiam ser realizadas em outros espaços como as aulas do “Brasil Alfabetizado”; ou ainda, ter outro direcionamento como a Oficina de Música.

No que tange ao desenvolvimento do Programa Brasil Alfabetizado dentro do CAPS, isso nos remete a fatores positivos e negativos. O primeiro deles, positivo, pois sinaliza a atenção/preocupação da equipe no que se refere ao acesso à educação pelos usuários, que é de suma importância. Mas, por outro lado, tal ação poderia ser desenvolvida em conjunto com outras políticas ou recursos comunitários, por exemplo, as associações de moradores de bairro e escolas, estimulando este tipo de parceria. Um outro fator negativo é que, ao ser desenvolvida no espaço do CAPS, pode não contribuir, como deveria, para a desinstitucionalização, visto que não estimula a ocupação de outros espaços pelo usuário, além de instituir um programa de governo como oficina terapêutica de um serviço, na qual a habilidade oral e escrita podem ser até trabalhadas, mas por outro viés.

Torna-se negativo, ainda, porque despolitiza o acesso à educação como direito social garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis que regulamentam a área, pois a baixa escolaridade é um problema grave e persistente para a maioria da população brasileira e também para os usuários de saúde mental.

Deste modo, consideramos que estimular este acesso, iniciando-lhe no serviço, possa sim, contribuir para gerar o interesse de acessá-lo na rede, como acontece com qualquer outro beneficiado pelo Programa, entretanto, a equipe do referido CAPS deverá cuidar para que tal iniciativa seja reavaliada, no devido tempo, para não se instituir como parte da rotina de

assistência oferecida pelo serviço, deixando de problematizar os outros pontos aqui levantados.

Uma iniciativa importante da mesma equipe, no que se refere à integração com a comunidade e de exploração dos recursos do território municipal, foi a Oficina de Teatro, realizada em parceria com o Teatro da cidade, e deveria receber maior investimento da equipe. Outra ação que merece destaque é a parceria com a Faetec¹⁶⁶, em Itaocara, e deve ter maior investimento também, pois todas estas são possibilidades de publicizar a saúde mental.

Nas visitas realizadas nas instituições pesquisadas, percebemos um maior envolvimento dos profissionais de Cantagalo em boa parte dos atos de cuidado em saúde mental, como atendimento individuais, atendimentos em grupo, acompanhamentos diversos e, principalmente, nas oficinas terapêuticas. No CAPS de Itaocara, a inserção dos profissionais de nível superior nas oficinas terapêuticas¹⁶⁷ não era prioridade e quase sempre tais atividades eram coordenadas por profissionais de nível médio.

Em geral, no CAPS de Itaocara, os profissionais de nível superior estavam envolvidos em atendimentos individuais. Entretanto, consideramos que a inserção dos mesmos na realização de tais oficinas, possibilite a utilização de recursos, que por sua formação, possam direcioná-las, criticamente, e/ou colaborar para que os próprios oficineiros ou monitores possam conduzi-las com maior qualidade em sua intervenção, que em virtude de sua carga horária maior, passam mais tempo com os usuários¹⁶⁸.

Em uma destas visitas, a necessidade de repensar o direcionamento das oficinas terapêuticas - como ações de cuidado em saúde mental - foi corroborada através da situação que relatada a seguir: Naquela tarde, três mulheres entraram no CAPS, uma delas carregando um violão, todas vestidas com blusas com o seguinte dizer em tom laranja: “Quer morar numa linda cidade? Quer andar em ruas de ouro e viver na paz... Aceite Jesus.” Na parte de trás da

¹⁶⁶ Fundação de Apoio a Escola Técnica - Instituição voltada para a educação profissional do Estado do Rio de Janeiro. No município de Itaocara oferece cursos na área de idiomas, informática, música, dentre outros.

¹⁶⁷ Nas vezes em que estive na instituição e pude observar a realização das oficinas, presenciei sempre monitores ou oficineiros, como também são chamados. E em algumas vezes a Terapeuta Ocupacional do serviço. Ressaltamos que a Portaria 336/2002 não restringe que as oficinas sejam realizadas por profissionais de nível médio, pelo contrário, afirmam que elas podem ser realizadas por ambos.

¹⁶⁸ Não pretendemos aqui duvidar da competência dos monitores na realização das oficinas terapêuticas, mas de assegurar um trabalho conjunto entre estes profissionais e os profissionais de nível superior, para conferir qualidade na atenção psicossocial prestada. O fato de maior disponibilidade de fotografias das oficinas realizadas no CAPS de Cantagalo se deve ao fato do pesquisador ser integrante da equipe de saúde mental do referido CAPS. Embora a única oficina acompanhada no CAPS de Itaocara tenha sido a Oficina do Bom Dia, em diferentes ocasiões, das vezes em que estive no CAPS, estavam sendo realizadas oficinas de caminhada, de música e o Brasil Alfabetizado, já discutido antes. Algumas oficinas contavam, em ambos os serviços, com a participação de pessoas da comunidade também.

blusa estava escrito: “Assembléia de Deus”. Elas caminharam até a sala de oficinas e logo a seguir a música iniciou: “*A alegria está no coração de quem já conhece a Jesus. A verdadeira paz só tem aquele, que já conhece a Jesus...*” E prosseguiram cantando (Diário de Campo, 06/11/2008).

O presenciar daquela oficina que se iniciava nos permitiu deduzir que eram voluntárias da Igreja mencionada, e que, possivelmente, vão ao CAPS fazer atividade para passar o tempo dos usuários. Nada contra o voluntariado, muito menos contra qualquer religião, pois cada um tem o direito de professar a fé que melhor lhe convém. Entretanto, tal prática dentro de uma instituição pública e no horário destinado a oficinas¹⁶⁹ é diferente. E aí nos perguntamos se é função de uma oficina se direcionar para preencher o tempo dos usuários ou para a religião?

A oficina de música pode sim acontecer dentro de um CAPS, pois a música pode auxiliar o sujeito a expressar aquilo que não está conseguindo dizer, se assim for da escolha dele. A aproximação da comunidade também é extremamente importante, mas de certo modo, existem formas distintas pelas quais isso pode ser realizado, e com maior proveito tanto para os usuários, quanto para a relação do serviço com a comunidade. Esta aproximação deve ser incentivada e fortalecida tendo em vista que é uma das formas de se trabalhar a concepção que as pessoas têm sobre o sofrimento psíquico. A intervenção do profissional de saúde mental pode contribuir para articular e agenciar este encontro entre a saúde mental, o usuário, a comunidade e a rede de serviços municipais. Todas estas questões apontam para o direcionamento das ações, tendo em vista a proposta dos CAPS I que pode ser traduzida como cuidar para possibilitar a autonomia.

Sobre a identificação profissional e a proximidade com o debate da saúde mental, alguns pontos se destacaram como a formação recente da maioria, o investimento em especialização e a necessidade de maior disponibilidade de campos de estágio nos serviços substitutivos nos municípios do interior fluminense. A maioria das experiências de estágio dos entrevistados foi em instituições hospitalares de internação psiquiátrica, e muitas destas não refletem o modelo de cuidado que a Reforma Psiquiátrica requer nos casos em que há necessidade de internação. Além disso, a internação psiquiátrica e a passagem dos usuários pelo ambiente hospitalar refletem um momento específico do sofrimento psíquico em que, pela crise, os usuários apresentam condições restritas de organização de si mesmo e o enfoque

¹⁶⁹ A respeito das oficinas terapêuticas, Ribeiro (2004) argumenta que elas sustentam a possibilidade de representarem dispositivos catalisadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, a fim de facilitar seu trânsito em outros locais/lugares. Denuncia ainda, que tem sido feito um uso indiscriminado deste termo oficina para caracterizar diferentes atividades, sem reflexão crítica. Deste modo as oficinas são para a autora espaços de: criação, expressão, produção, transformação, humanização, experimentação, socialização e convivência para operar a reabilitação e circulação social dos usuários de saúde mental.

da atuação profissional é na criação de condições para que saiam da crise. Esses momentos, portanto, em geral, não correspondem ao dia-a-dia dos usuários, no qual o trabalho do profissional se direciona para propiciar condições de vida com dignidade, aumentar nível de criticidade sobre o direcionamento de sua própria vida, sobre suas escolhas, sobre seus direitos dentre outros temas.

Em relação à formação continuada de recursos humanos para a saúde mental, trata-se de recomendação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da Política de Saúde Mental para os municípios, e existe possibilidade de incentivo financeiro por parte de tais instâncias. Esse tema precisa ser abordado e ter maior investimento por parte da gestão municipal, principalmente no município de Cantagalo, pois foi um aspecto em que ficou bastante acentuada a discordância dos profissionais entrevistados, em relação à posição da gestão municipal. Outro aspecto que merece ser destacado foi a observação de um pequeno investimento dos profissionais em especializações (cursos) voltados para a saúde mental (GRAF. 7).

No que se refere às considerações sobre a Reforma Psiquiátrica, a maioria dos entrevistados identificaram os avanços e obstáculos que a Reforma enfrenta para se concretizar. Tais avanços se concentraram mais na humanização do atendimento dentro da própria saúde mental, visto que foram citadas dificuldades para se garantir isso na vida social devido ao isolamento vivido pelos usuários e pela própria política de saúde mental. Embora a humanização na política de saúde mental e nas ações desenvolvidas dentro dos CAPS I seja importante, o objetivo da política de saúde mental nos municípios não pode ficar restrito a este aspecto. Faz-se necessário maior investimento público, oportunidade de preparação e capacitação dos profissionais da área e estruturação dos recursos dos serviços para que possa haver transformações no cenário da saúde mental nos municípios.

Em tal cenário apresentam-se aspectos de institucionalização no CAPS, na percepção dos profissionais de Cantagalo e, estrutura adequada, na percepção dos profissionais de Itaocara. De modo geral, os entrevistados consideram que há necessidade de avanço nos seguintes aspectos: o investimento da gestão, a autonomia dos profissionais para organizar o serviço e o fortalecimento do trabalho intersetorial. Neste sentido, os profissionais de Cantagalo indicaram, como facilitador para conseguir tais avanços, a atuação dos profissionais, e como obstáculo a gestão municipal ou aspectos relacionados à gestão. Já os entrevistados em Itaocara consideraram que a gestão municipal era um facilitador para conseguir tais avanços, e como principal obstáculo citaram a dificuldade de integração com outras esferas/setores.

As temáticas colocadas pelos profissionais mencionam a interferência da gestão no trabalho da equipe; a falta de espaço para o usuário de saúde mental na sociedade e a dificuldade na sua aceitação; a dificuldade de implementar ações e outras dificuldades político-administrativas devido à falta de apoio da gestão. Isto indica que a implementação da política de saúde mental nos municípios depende, também, de sua inserção na agenda de prioridades do município. A criação e manutenção do CAPS, de outros dispositivos em saúde mental e a ampliação de suas ações na atenção básica precisam ser prioridades para a gestão municipal, de modo que os princípios da Reforma se concretizem. E se a gestão desconhece ou não debate com os profissionais de saúde mental, que lidam diariamente com as necessidades da população que busca o serviço, sobre tais aspectos, dificilmente se conseguirá fortalecer/reafirmar ações que promovam a inclusão social e a cidadania dos usuários dos serviços.

A falta de integralidade e de intersetorialidade entre as ações e serviços também foi uma dificuldade identificada no cenário da saúde mental nos municípios, principalmente na relação com o hospital geral, para o apoio nas emergências psiquiátricas; e com a política de assistência social, que deveria ser uma parceira importante da saúde mental, dada à situação social precária que vive a maioria dos usuários nos CAPS I pesquisados. Em tais municípios, a necessidade de maior articulação entre tais políticas é corroborada pelo fato de que as ações, na área de habitação, e iniciativas, na área de geração de renda, perpassam a política municipal de assistência social. A questão é preocupante, pois se as condições de sobrevivência dos usuários e de seus familiares são inadequadas, pouco se conseguirá garantir em termos de autonomia e de relações de cidadania para estes sujeitos.

Por tais afirmações, podemos inferir que o cenário da saúde mental nos municípios tem pontos desfavoráveis que precisam ser revistos com modificações dentro dos CAPS I estudados, na sua relação com os demais serviços, e com a gestão municipal, problematizando a institucionalização dos usuários, da própria saúde mental e a precariedade das ações intersetoriais.

Sendo assim, passamos às considerações finais deste estudo reafirmando alguns pontos encontrados nos resultados e apontando algumas perspectivas para a saúde mental nos municípios estudados, sem o propósito de esgotar o debate sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já assinalamos, esta dissertação busca contribuir ao debate sobre saúde mental no interior fluminense e contribuir com propostas para a atenção psicossocial em municípios com realidades semelhantes aos de Cantagalo e Itaocara, para que a oferta de serviços não se cristalize nos CAPS I como únicos dispositivos.

A pesquisa teve como objeto os CAPS I de Cantagalo e de Itaocara e foram estudados a partir da percepção dos profissionais de saúde mental que atuam nos mesmos; buscou avaliar se a implementação destes dispositivos de atendimento em saúde mental tem se orientado pelo modelo de atenção psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica e pela efetivação dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico atendidos no âmbito da política pública municipal de saúde mental.

Nossa hipótese de pesquisa afirmou a inexistência de uma política unificada (ou coerente), entre os poderes municipais, para a implantação dos serviços substitutivos advindos com a Reforma Psiquiátrica, no interior do Estado e, o fato dos CAPS I, como única referência em saúde mental no município, serem responsáveis por agenciar o atendimento de uma diversidade de demandas espontâneas, na maioria das vezes, sem o suporte necessário de uma rede de serviços – tem feito com que os avanços para a concretização dos direitos de cidadania dos usuários fossem limitados e continuassem a depender dos estímulos dos recursos federais e de iniciativas locais de profissionais de saúde mental.

Constatou-se, com a pesquisa, que não existe uma política de saúde mental nos municípios. O que existe são ações que se dão sem interlocução sistemática com a política de saúde municipal ou outra política social, que não apontam para a construção de práticas intersetoriais sistemáticas. Isto ocorre, pois as ações pontuais que existem, acontecem, em grande parte, por iniciativas isoladas de alguns dos profissionais de saúde mental dos serviços estudados, que, propriamente, por incentivo dos gestores municipais que se não colocam obstáculos reais, em alguns casos, não auxiliam como deveriam.

Isso se apresentou como uma dificuldade da relação entre a Reforma Psiquiátrica, a política e a cidadania no que tange a possibilidade de construir/fortalecer a autonomia dos usuários. Pois, embora existam as ações neste sentido, elas ainda são insuficientes para inserção social do sujeito com sofrimento psíquico, seja pelo acesso ao trabalho, à educação, à saúde, ou outras formas que lhes possibilitem direcionar o curso da própria vida.

Portanto, tal relação carece de sistematicidade, mas os profissionais apontam por onde tais iniciativas devem se dar. Neste sentido, os gestores municipais, provocados pelos profissionais de saúde mental, necessitam de oferecer condições para ampliar a atenção psicossocial e isso significa estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, enfim, investimento e credibilidade para a saúde mental. E é com esta expectativa que apontamos algumas perspectivas a serem fortalecidas para a construção da saúde mental nos municípios, no interior do Estado do Rio de Janeiro, através da experiência dos CAPS I de Cantagalo e de Itaocara.

A discussão apresentada – abrangendo aspectos sobre a humanização e sua relação com saúde mental, sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica e a constituição dos serviços em municípios do interior e, a percepção dos profissionais sobre as diferentes nuances da produção de saúde e de sujeitos na saúde mental – chama a atenção sobre os limites dos CAPS I e sobre a necessidade de criação de novos serviços, para além dos mesmos, e sua melhor instrumentação, a fim de que a atenção psicossocial, nestes municípios, não se torne crônica, diferenciando-se apenas, aparentemente, à vivência manicomial.

A existência de relações restritas de cidadania para os usuários e a carência de intersetorialidade e integralidade nas ações de cuidado, nos municípios estudados, nos indicam que a saúde mental e os CAPS I de Cantagalo e de Itaocara precisam dispor de boa estrutura, de recursos que permitam a qualidade da atenção aos usuários e condições de trabalho dignas para os profissionais, que incluam a sua qualificação. Sabemos que isso, por si só, não é suficiente para assegurar a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico que buscam atendimentos nos serviços de saúde mental.

Sendo assim, é preciso dar atenção, sobretudo, ao tipo de práticas criadas nestes espaços, visto que, somente através da construção de uma nova forma de cuidado, tal como propõe a Reforma Psiquiátrica e a perspectiva da desinstitucionalização, se tornará possível a produção de saúde e de sujeitos. Por isso, faz-se necessário tomar *a loucura como um modo diferente e não inferior de se relacionar com o mundo*¹⁷⁰. A atenção deve se voltar, também, para a construção das parcerias com outras políticas, que se apresentou como um ponto crítico no cenário da saúde mental nos municípios.

A carência de recursos apontada exige dos profissionais e do apoio da gestão municipal, que se busquem alternativas para a assistência em saúde mental. Este apoio pode existir de diversas formas como capacitação; aumento de recursos humanos para além da

¹⁷⁰ Dimenstein (2004).

equipe mínima exigida pelas portarias que definem a equipe de saúde mental; fornecimento de recursos materiais necessários ao desenvolvimento do trabalho tais como automóveis para possibilitar o deslocamento de profissionais para realização de ações de articulação com outros serviços, de modo a promover atenção psicossocial de qualidade.

Alguns pontos críticos, encontrados nos serviços, e que precisam ser pensados no âmbito da saúde mental são as internações psiquiátricas, que poderiam ser diminuídas se fossem aumentadas a rede de apoio dos usuários, e, conseqüentemente, da saúde mental; a necessidade de inclusão da saúde mental na agenda dos gestores municipais; a intensificação dos debates; a intensificação de ações na área de habitação e trabalho e renda – expressões da questão social – que têm se apresentado de forma contundente nos municípios; a necessidade de capacitação dos recursos humanos e da supervisão em saúde mental; e as abordagens dos aspectos culturais do sofrimento psíquico, a fim de fortalecer os referenciais sociais, afetivos e familiares dos usuários.

Mesmo com a identificação destes problemas nos CAPS I estudados, algumas possibilidades para o trabalho em saúde mental podem ser sinalizadas. Dentre estas cabe destacar a criação de um espaço diferenciado para o funcionamento do Ambulatório de Saúde Mental; o incentivo à participação da comunidade no CAPS; a reorientação de espaços de oficinas terapêuticas em ações que propiciem que os usuários se pronunciem, assim como das demais formas de atendimento possíveis naquele espaço de cuidado, dentre outros.

A ampliação dos Programas de Saúde mental é exigência recorrente para que a saúde mental não se cristalize nos CAPS. A atenção psicossocial precisa ser, conforme afirmou Costa-Rosa (2003), um modelo aberto à inclusão de inovações. E por isso, algumas ações, na atenção básica, precisam ser estimuladas, o que antes, pela necessidade de consolidação da mudança de paradigma, concentrou-se na criação dos CAPS. Afirmar que os CAPS são dispositivos estratégicos no redirecionamento do modelo de atenção psicossocial, não significa dizer que possa prescindir de outros dispositivos que funcionem bem para garantir uma atenção em saúde mental de qualidade. E, lamentavelmente, esta parece ser a postura de muitas gestões, conforme foi ilustrado pelos profissionais entrevistados.

Exemplo disso é que um quadro de sofrimento psíquico leve ou moderado, inadequadamente assistido, pode levar a extensos períodos de auxílio-doença, a aposentadorias precoces, a internações especializadas, dentre outros. Ou, ainda, o atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sem as condições apropriadas, poderá torná-los adultos que, num futuro próximo, de médio prazo ou longo prazo, venham requerer uma atenção contínua. Por isso, a criação de espaços específicos para tais demandas visa a

aumentar a qualidade de vida do usuário e garantir a qualidade e assistência aos casos graves¹⁷¹.

A criação dos NASF¹⁷² também se coloca como possibilidade de superação das ações em saúde mental, pois favorece uma transformação na lógica de produção de cuidado pelo compartilhamento e pela responsabilização dos casos, utilizando de recursos e equipamentos da comunidade como centros de convivência, associações de moradores, espaços comunitários de práticas de lazer e de esporte, entre outros (SESDEC, 2008)¹⁷³. Na medida em que oferecem apoio técnico às equipes da atenção básica em saúde (nas unidades de PSF), os NASF permitem maior integralidade e da intersectorialidade do cuidado. Estas tentativas já vêm sendo exploradas pelos profissionais dos CAPS estudados, mas necessitam de se intensificar, se constituindo em instrumentos para o fortalecimento da rede.

Outra possibilidade de utilização de recursos da comunidade para abordagem ao sofrimento mental é o dispositivo da Terapia Comunitária, que já vem sendo utilizada em alguns locais de forma mais ou menos sistemática. Conforme argumentação de seu idealizador, o psiquiatra Adalberto Barreto, “o sofrimento não pode ser medicalizado com psicotrópicos, como geralmente é feito”, e é neste sentido, que segundo ele, nascem práticas complementares. Argumenta também que a terapia comunitária cria espaços de partilha dos sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde da população¹⁷⁴. Ou seja, trata-se da possibilidade de promover saúde em espaços coletivos concebendo-a como produto social. Neste sentido, a ampliação de tais experiências é também possibilidade para a saúde mental nos municípios estudados.

¹⁷¹ Ressaltamos que o Ambulatório de Saúde Mental foi criado em janeiro de 2009 em Cantagalo e funciona em espaço e com recursos independentes do CAPS. Entretanto, ainda com uma capacidade pequena de atendimento e com um trabalho ainda centrado nas consultas individuais com médico e psicólogo.

¹⁷² Núcleos de Apoio à Saúde da Família - estratégia de fortalecimento da atenção básica que enfatiza diferentes modos de construção de ações de cuidado e de produção de saúde. Definidos pela Portaria 154/2008, buscam fortalecer a integralidade e o trabalho em equipe. A menção, que especifica a saúde mental, encontra-se no artigo 4º, § 2º de que os NASF tenham ao menos 01 profissional de saúde mental, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

¹⁷³ No início da Portaria, o Ministério da Saúde estimulava que todos os municípios pequenos tivessem CAPS. Agora, estamos num outro momento, de intensificação das ações na atenção básica, pois o modelo de atenção já está de certa forma consolidado” E ainda, “a lógica será dada pela necessidade de cuidado e não pelo diagnóstico. Então, qual o melhor desenho? No início, precisávamos mudar a lógica, mas agora isso já está mais firme. (Fala de uma das supervisoras da Assessoria Estadual de Saúde Mental do Estado do RJ por ocasião do Fórum de Saúde Mental da Região Serrana no município de Santa Maria Madalena em 24/10/2008).

¹⁷⁴ Revista Brasileira de Saúde da Família, nº18, especial, p.38-43.

A formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica também é um ponto importante. Lidar com o sofrimento diariamente traz questões que precisam ser revistas constantemente e gera situações em que, certas vezes, os profissionais não sabem como lidar e solicitam supervisão clínica dos CAPS¹⁷⁵. A mesma pode propiciar ações melhores articuladas às necessidades de saúde da população. Pode auxiliar, inclusive, no redirecionamento das ações de saúde mental nos municípios. Tais benefícios foram bastante assinalados pelos profissionais do CAPS de Itaocara e reclamados pelos profissionais de Cantagalo. A intensificação de reuniões da própria equipe de saúde mental também é um dispositivo institucional que auxilia na discussão das dificuldades do cotidiano, também poderia assumir outro direcionamento nos serviços que não apenas a resolução de problemas imediatos.

Outras ações, embora se relacionem também ao apoio do gestor, garantindo os insumos necessários – dependem, em grande parte, da iniciativa dos profissionais de saúde mental: a associação a outros serviços. A III Conferência Nacional de Saúde Mental orienta tais ações e os profissionais entrevistados, também, na medida em que alertaram o risco de que CAPS não seja transformado em “mini-manicômio”, devendo ser “lugar de passagem”. Entretanto, isso não tem se concretizado pela falta de estrutura na rede de serviços e pela integração incipiente que ainda existe. Por isso, é necessário ampliar a rede para que se acentuem atividades fora do CAPS. Só dessa forma será possível construir autonomia e contratualidade com os usuários. E a forma como tem se dado, até o momento, tem contribuído pouco para sair desse pequeno espaço institucional, criando formas veladas de clausura, de confinamento.

O financiamento das ações de saúde mental pelos municípios e a maior priorização das mesmas precisa ser tomada com maior seriedade, tendo em vista mudanças na legislação das finanças da área. Tais mudanças, já sinalizadas no capítulo II, na medida em que propõem desvincular os recursos destinados aos municípios dos procedimentos psicossociais realizados na saúde mental¹⁷⁶ geram receios, pois muitos profissionais, principalmente em Cantagalo que

¹⁷⁵ A supervisão clínica dos CAPS é uma proposta de formação e capacitação de recursos humanos que faz parte do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde, existente desde 2002. Isto vem se constituindo num dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois o processo da Reforma exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas das vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho e pela dificuldade de algumas regiões recrutarem determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros (Brasil, 2005).

¹⁷⁶ A relação entre recursos recebidos e realização de procedimentos psicossociais foi discutida por Freire (2005) e encontra-se citado no Capítulo II. Neste sentido, os recursos que antes eram destinados fora do teto de recursos encaminhados aos municípios, agora, passarão a ser encaminhados dentro do teto municipal. E a priorização da

já mencionavam a falta de prioridade da gestão municipal para a saúde mental, temem o agravamento de tal situação, caso não haja um processo de conscientização e sensibilização dos gestores para a saúde mental.

Por isso, os profissionais dos serviços de saúde mental precisam idealizar estratégias para essa sensibilização. Tais estratégias vêm sendo utilizadas em ambos os serviços, e, no ano de 2009, se ilustrou por meio da realização de eventos, dentre eles a comemoração ao Dia da Luta Antimanicomial¹⁷⁷. Tais ações precisam se intensificar, pois torna público o debate sobre a atenção psicossocial.

Por fim, assinalamos a necessidade de ampliação de estudos sobre a implementação da atenção psicossocial, nos municípios do interior, e, neste sentido, sugerimos, como possibilidade de pesquisa, a abordagem das ações dos profissionais de nível médio na saúde mental por várias questões já ditas anteriormente, mas que retomaremos brevemente como o fato de tais profissionais passarem a maior parte do tempo no serviço, lidando com uma clientela grave, muitas vezes, com poucos recursos materiais e técnicos. A instigação para essa vertente de pesquisa surgiu em uma das entrevistas realizadas, durante a “pergunta desabafo”, quando o profissional indagou se estava entrevistando todos os profissionais do CAPS. Durante sua explanação, o mesmo argumentou que talvez fosse importante ouvi-los também, pois mesmo que não sejam obrigados ao conhecimento técnico nesta área, isso fazia parte do trabalho e, de alguma forma, pelo tempo que trabalham no CAPS I, já deveria ter algum entendimento. O profissional sinalizou ainda que, se isso não existisse, era também um sintoma do que ocorre dentro do CAPS, e da política de saúde no município. Cabe ressaltar que, neste grupo de profissionais, também se encontra boa parte dos recursos humanos de

gestão municipal para a saúde mental dependerá de sensibilização dos gestores e de inclusão do tema na agenda municipal.

¹⁷⁷ A comemoração do Dia da Luta Antimanicomial, que acontece no dia 18 de maio, em ambos os CAPS foram realizadas atividades. Em Cantagalo, foi realizado um Seminário “A Saúde Mental e os desafios do trabalho em rede nos municípios da Região Serrana”, com mesas temáticas que discutiram na Mesa 01: “Limites e possibilidades da Saúde Mental no interior do Estado do Rio de Janeiro”, com explicações voltadas para o cotidiano dos trabalhadores; a porta de entrada; as contribuições do Legislativo municipal e o trabalho do gestor em saúde mental; Mesa 02 “Experiências de articulação com a saúde mental: tecendo a rede”, com explicações voltadas para a contribuição da política de assistência social; as intercessões com o sócio-judiciário; as contribuições do conselho tutelar, da Pestalozzi e da atenção básica para a saúde mental. Em Itaocara, foi realizado um evento com a participação dos usuários do serviço, num primeiro momento, e depois uma palestra com um psiquiatra sobre o sofrimento psíquico e a abordagem da questão ao longo dos anos até os dias atuais.

ambos os CAPS estudados - no CAPS de Cantagalo eram 8 profissionais de nível médio e fundamental, e no CAPS de Itaocara eram 13 profissionais de nível médio e fundamental¹⁷⁸.

Dentre estes profissionais incluem-se cozinheiro (a), secretário (a) ou recepcionista, monitores ou oficinairos, técnicos ou auxiliares de enfermagem - que estão, diariamente, dentro do CAPS trabalhando com saúde mental e, se não têm entendimento mínimo do que é o Movimento de Reforma, do que é a clínica dentro do CAPS, denunciam uma falha muito grande da implantação da política pública de saúde mental no município. É dever do CAPS, como único serviço de saúde mental do município, preparar esses profissionais para as ações de cuidado com essa população. O fato de estarem no serviço demonstra que precisam ser capacitados e informados.

Isso nos desperta para um problema que mesmo na condução das ações dos profissionais de nível superior, surgem dúvidas que ilustram a necessidade de supervisão, a fim de que ações realizadas possam contribuir para uma nova cultura em saúde mental. Provavelmente, tal questão seja potencializada nos profissionais de nível médio e fundamental pela indisponibilidade de recurso material e técnico para a intervenção, como já comentado; pela dificuldade em lidar com o sofrimento de alguns usuários que, em muitos casos, podem ser seus vizinhos, conhecidos de bairro; e também por uma possível cobrança gerada por essa proximidade.

Neste sentido, o estudo realizado por Silva (2008), em um dos distritos do município de Cantagalo, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – vislumbrando esses profissionais como atores do cuidado no território municipal – é elucidativo desta problemática. Sendo assim, uma investigação mais densa nessa direção – dos limites e possibilidades da atenção psicossocial ou da abordagem ao sofrimento psíquico na perspectiva dos profissionais de nível médio e fundamental – possa problematizar aspectos importantes da atenção psicossocial e da saúde mental nos municípios.

Já caminhando para as últimas considerações, pensamos que a experiência da Reforma Psiquiátrica existente nesses municípios precisa se aprofundar e abranger outros segmentos do poder público e da sociedade, a fim de construir um novo lugar sócio-político, conceitual e cultural, como afirmou Amarante (2007), para a experiência da loucura, proporcionando novas formas de lidar com o diferente e negando/recusando práticas violentas. Ou seja, produzindo uma atenção psicossocial sem enquadramento.

¹⁷⁸ Capítulo III. No CAPS de Cantagalo, o número de profissionais de nível superior e médio era igual – 08; no CAPS de Itaocara, o número de profissionais de nível médio – 13 - era maior que os de nível superior - 11 – contanto com 02 neurologistas e 01 psiquiatra que não foram entrevistados.

E se quisermos fortalecer uma perspectiva diferenciada para os serviços em saúde mental, especificamente os CAPS I, que neguem a idéia de que “... o CAPS é bom, dá comida, remédio e banho”¹⁷⁹, precisamos agir numa linha diferente. Para a qual mais que dizer que lutamos por vida digna e por cidadania para os usuários, criemos, junto com eles, possibilidades de fazê-los sentir, de experimentar relações de cidadania e condição de sujeito. E com isso, utilizar os mais diferenciados aparatos, instrumentos disponíveis e a busca incessante por outros meios de trabalho. Envolve também a valorização do estudo e da pesquisa na área da atenção psicossocial, em municípios do interior e de pequeno porte, para fortalecer uma ação militante no âmbito da saúde mental; para fortalecer a própria política de saúde mental nesses municípios; e ainda, conferir maior qualidade à atuação dos profissionais que trabalham na área, que, diga-se de passagem, é instigante e desafiadora.

¹⁷⁹ Fala de uma usuária durante a Oficina Trocando Idéias, realizada no CAPS de Cantagalo, sob minha coordenação, em conjunto com as monitoras do serviço, ainda no ano de 2007. Embora essa observação tenha se dado em período anterior ao cronograma de pesquisa, na referida unidade, a perspectiva de pesquisador tem sido um esforço constante em minha prática profissional. Por isso, considere importante trazê-la, porque essa também era a visão de que boa parte das pessoas do cenário municipal tinha em relação ao serviço: que lá era um lugar que as pessoas iam para lá, ficarem o dia inteiro, sem terem contato com o mundo lá fora, pois, realmente, os CAPS eram entendidos como um mundo à parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. In: *Revista Interface*. Botucatu. Vol. 10. nº 20 jul/dez 2006.
- ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. In: *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n.16, p. 39-52, set 2004/fev.2005.
- AMARANTE, Paulo (org) *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- _____. O Hospital Reformado: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional. In: AMARANTE, P. (org) *Saúde Mental – Políticas e instituições: Programa de Educação à distância*. Módulo 5. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003; 25-38.
- _____. A Psiquiatria na comunidade: a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org) *Saúde Mental – Políticas e instituições: Programa de Educação a distância*. Módulo 6. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003:41-56.
- _____. A crítica à razão psiquiátrica: a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana. In: AMARANTE, P. (org) *Saúde Mental – Políticas e instituições: Programa de Educação à distância*. Módulo 7. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003: 59-94.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo e GULJOR, Ana Paula. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A de.(orgs) *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. IMS/UERJ – CPESS – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2005, p. 65-76.
- ANDRADE, Luis Odorico M. de. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.
- ANDRADE, Ilza A. L. de. Descentralização e poder municipal no Nordeste: os dois lados da nova moeda. In: *Anais do XX Encontro Nacional da ANPOCS*. GT: Políticas Públicas. Caxambu, 1996.

- ANDREOLI, Sérgio B.; RONCHETTI, Simone S.B.; MIRANDA, Ana L.P.; BEZERRA, Claudia R.M.; MAGALHÃES, Catulo C.P.B; MARTIN, D.; PINTO, Rosa M.F. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* v. 20 n.3 Ri de Janeiro, maio-junho de 2004.
- ARRETCHE.Marta T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? In: *RBCS* n° 31, ano 11. junho/1996.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3); pp. 561-571. 2005
- BERNARDO, M. Helena.de J. *Loucura, família e instituição: olhares e práticas que se encontram no cotidiano de uma instituição psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Departamento de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1999.
- BEZERRA, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O Campo Psiquiátrico no Brasil nos anos 80. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (orgs). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.
- BORGES, Camila F.; BAPTISTA, Tatiana W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990-2004. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (2); pp 456-468, fevereiro de 2008.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988)/editado por Antônio De Paulo. – 18.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. BRASIL.
- BRASIL, Lei n° 8080 de 1990. Lei Orgânica da Saúde, (LOS). In: Coletânea de Leis e Resoluções. 4ª edição. CRESS 7ª R – RJ. 2002.
- BRASIL.Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei n° 10.216 de 2001. In: Coletânea de Leis e Resoluções. 4ª edição. CRESS 7ª R – RJ. 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Brasília – DF, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; nov/ 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19/02/2002.

- BRAVO, Maria Inês de S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Cortez – UFRJ, São Paulo – Rio de Janeiro: 1996.
- CARVALHO, José M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2002.
- CECÍLIO, Luiz C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (orgs) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC/ABRASCO. 2001. p.113-126.
- CECÍLIO, Luiz C. de O. e MERHY, Emerson E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (orgs) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. . Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC/ABRASCO. 2003 p.197-210.
- CERQUEIRA, G, Maria Paula; COUTO, Maria C.V; ALMEIDA, L.M.; PEPE, V.L.E.; DELGADO, Pedro G.G. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. de Saúde Pública*, v 18, nº 6, Rio de Janeiro, 2002.
- COSTA-ROSA, Abílio, LUZIO, Cristina A. e YASUI, Silvia. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (Coleção Archivos). Rio de Janeiro. Editora Nau, 2003, p. 13-43.
- CUNHA, Patrícia B. *Cidadania e loucura: construindo direitos, inclusão social dos usuários de saúde mental*. Rio de Janeiro.Trabalho de Conclusão de Curso. UERJ/FSS, 2005.
- DELGADO, Pedro. G.G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. (local). Te Cora Editora, 1992.
- _____. Os CAPS: A revolução silenciosa da saúde mental. In: Programa Cultura e Pensamento: *Revista Global/Brasil* nº7, dez2006-fev2007.
- DELGADO, Pedro G.G.; GOMES, Maria Paula C.; COUTINHO, E.S.F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1); pp 7-14, 2004.
- _____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. In: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. v.9, n.17, pp.389-406, março/agosto de 2005.

- DIMENSTEIN, Magda A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. In: *Psicologia, ciência e profissão*. V 24; n4; pp.112-117. Dez. 2004.
- DUARTE, Marco José de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M.I.S. et ali.(org) *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. (p.150-164)
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Série Trabalho e Formação em Saúde. Ed. FIOCRUZ, 2003.
- FORTES, Paulo A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização de atenção à saúde. In: *Saúde e Sociedade*, v.13. n.3, p.30-35, setembro-dezembro de 2004.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. O nascimento da prisão. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1984. Capítulos I, II e III. (p. 125-119)
- _____ (1961) *História da loucura na Idade clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- _____. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FRANÇA, Júnia L. Manual para normalização de publicações técnico-científicas. Colaboração: Ana Cristina de Vasconcellos, Maria Helena de Andrade Magalhães, Stella Maris Borges. 5. ed. – rev. – Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.
- FREIRE, Flávia H.M.A., UGÁ, Maria Alicia D., AMARANTE, Paulo. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 2. AMARANTE, P. (coordenação). Rio de Janeiro: Nau, 2005, pp113-142.
- FURTADO, Celso Monteiro. O desenvolvimento como processo endógeno. In: FURTADO, C.M. *Cultura e desenvolvimento em época de crise*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984, p. 105-124.
- GOFFMAN, (1961) Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 3ª ed. São Paulo. Perspectiva, 1990.
- GOMES, M.P.C.; COUTO, M.C.V.; PEPE, V.L.E.; ALMEIDA, L.M.; DELGADO, P.G.G.; COUTINHO, E.S.F. Censo do pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. In: *Cad. Saúde Pública* v.18 n.06, Rio de Janeiro, novembro-dezembro de 2002.

- KONDER, Leandro. *O futuro da Filosofia da Práxis: o pensamento de Marx no século XXI*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª ed.1992.
- KINOSHITA, Roberto Tikanory. “Contratualidade e Reabilitação psicossocial”. In: *Reabilitação psicossocial no Brasil*. PITTA, A. (org). São Paulo. Ed. Hucitec, 1996. p.55-59.
- LANCETTI, Antônio (org) *Assistência Social e cidadania: invenções, tensões e construção de experiências de Santos*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1996.
- LUZIO, Cristina A; L’ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. In: *Revista Interface*. Botucatu. Vol. 10. nº 20. jul/dez/2006.
- MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro. Zahar, 1987. cap III.
- MARX, Karl, ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- MEDEIROS, Maria Bernadete de M. *Interdição civil: proteção ou exclusão?* São Paulo: Cortez, 2007.
- MELMAM, Jonas. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. (Coleção Ensaios Transversais). São Paulo. Escrituras Editora, 2002.
- MENDES, Silvia M. de O. *Saúde Mental e Trabalho: transversalidade das políticas sociais – experiência de Juiz de Fora*. Juiz de Fora. Dissertação de Mestrado. UFJF/PPG/FSS. 2007.
- MERHY, Emerson E.; AMARAL, Heloísa (orgs) *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo. Ed. Hucitec, 2007.
- MERHY, Emerson E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (orgs) *Construção social da demanda*. Direito à saúde. Trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC/ABRASCO. 2005. p.195-206.
- MINAYO, Mª Cecília de S. (org). *Pesquisa social*. Teoria, método e criatividade. Coleção temas sociais. Ed. 18ª. Editora Vozes. Petrópolis. 2001.
- NETTO, Vivian G. *Cidadania, Saúde Mental e Clínica da Reforma Psiquiátrica: o desafio da reabilitação psicossocial no cotidiano dos serviços*. Rio de Janeiro.Trabalho de Conclusão de Curso. UERJ/FSS, 2005.
- NICÁCIO, Erimaldo M. Serviço Social e subjetividade. s/r. 2006.
- NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. OTTONI, Vitória. NETO, Valfrido M. SANTANA, Mônica. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e

- práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. In: *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (1), pp.188-196, janeiro de 2008.
- O GLOBO, Domingo, 09/12/2007. Reportagem Soraya Aggege. O País; pp 14
- _____, Revista O Globo, Caderno Saúde de 01/02/2009. Ano 5 nº 236; pp.18-21.
- OLIVEIRA, Wanessa G. *Políticas Sociais na encruzilhada da cidadania: Assistência Social e Saúde Mental..* Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. jan/ 2007.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana T.; FURTADO, Juarez P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5); pp.1053-1062, maio de 2006.
- _____, MIRANDA. Lilian. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. In: *Rev. Saúde Pública*; 42 (5) pp.907-913, 2008.
- PUCCINI, Paulo T; CECÍLIO, Luiz .C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. In: *Cad. Saúde Pública*, 20 (5); pp1342-1353, Rio de Janeiro, setembro/outubro de 2004.
- REBOUÇAS, Denise. ABELHA, Lúcia. LEGAY, Letícia F. e LOVISI, Giovanni M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impactos. In: *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (3), pp 624-632, março de 2008.
- RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. do R. e TUNDIS, S. A. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2000. pp.15-74.
- REVISTA DE HISTÓRIA. Ano 1, nº 2, Agosto de 2005.
- REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, n18. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento dos pequenos conflitos. Especial. pp.38-43.
- REVISTA ÉPOCA edição 576, de 01/06/2009; Seção Saúde e Bem-estar; pp72-81.
- RIBEIRO, Regina C. F. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (orgs). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. Coleções IPUB. p.105-116.
- ROCHA, Ruth M. *Enfermagem em Saúde Mental*. 2ª ed. atual e ampliada. Rio de Janeiro, SENAC Nacional, 2006.
- ROTELLI, Franco. et ali (orgs) *Desinstitucionalização*. São Paulo. Ed. Hucitec, 2ª ed., 2001.
- SANTOS, Wanderley G. dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

- SARACENO, Benedetto. A reabilitação psicossocial como cidadania In: *Libertando identidades*. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999. cap. V. p.111-142.
- RIO DE JANEIRO. SESDEC (SECRETARIA DE ESTADO DO RIO DE JANEIRO) Superintendência de Saúde Mental. Assessoria de Saúde Mental. “Plano Estadual de Saúde Mental”. Rio de Janeiro. Dez. 2002.
- _____. Gerência de Saúde Mental. Relatório de Gestão Saúde Mental. Rio de Janeiro. Agosto de 2008.
- _____. Gerência de Saúde Mental. Cadastro das Unidades dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro. Outubro de 2008.
- SILVA FILHO, João F. O ambulatório e a Psiquiatria. In: *Cadernos IPUB*. A clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria. UFRJ. V. VI, nº 17, 2000. p. 17-20.
- SILVA, J.P.V.da e TAVARES, C.M. M. Integralidade: dispositivo para formação crítica de profissionais de saúde. In: *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.2 n.2, p. 271-285, 2004.
- SILVA, Leila M. F.da. *Uma análise sobre a repercussão da intervenção profissional no cotidiano dos usuários da assistência rumo à cidadania*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense. Campos dos Goitacazes, jul.2009.
- SILVA, Viviane P. *Sujeito do Inconsciente e Agente Comunitário de Saúde: um encontro necessário*. In: Conselho Regional de Psicologia (CRP) 5ª Região. Prêmio Monográfico Margarete de Paiva Ferreira Simões “Experiências em Psicologia e Políticas Públicas”, Rio de Janeiro, 2008.
- SOUZA, Aline C.; LOPES, Marta J.M. *Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência*. In: *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), 24 (1): pp. 8-13. abril de 2003.
- TENÓRIO, Fernando. Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica. In: *A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. (cap. I).
- _____. OLIVEIRA, Raquel. e LEVCOVITZ, Sérgio. Apresentação: A importância dos dispositivos de recepção. In: *Cadernos IPUB*. A clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria. UFRJ. V. VI, nº 17, 2000. p.7-14.
- TUNDIS, Silvério A.; COSTA, Nilson do R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo M. (org) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. Capítulo I.

_____. *Abordagens Psicossociais*. Volume I: História, teoria e trabalho no campo. São Paulo. Editora Hucitec, 2008.

_____. (org) *Abordagens Psicossociais*. Volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo. Editora Hucitec, 2008.

VENTURINI, Ernesto. Prefácio. In: *Loucos pela vida* (Paulo Amarante). Rio de Janeiro. Panorama/ENSP, 1995, pp.15-19.

Endereços Eletrônicos:

www.saude.gov.br acessado em agosto de 2007 e em 01/02/2008.

www.ibge.gov.br acessado em agosto de 2007.

www.saude.rj.gov.br acessado em agosto de 2007 e em 01/02/2008.

www.ifb.org.br (Instituto Franco Basaglia) acessado em 24/02/2008.

www.scielo.br (acessado em várias datas)

www.portalteses.cit.fiocruz.br acessado em 24/02/2008.

www.psiquiatria.ufrj.br acessado em 24/02/2008.

ANEXO I



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
 Centro de Ciências do Homem
 Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais
 Mestrado em Políticas Sociais

Pesquisa: “Cidadania e Saúde Mental: a atenção psicossocial em municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro – Cantagalo e Itaocara entre 2002 e 2008”.

Roteiro de Entrevista:

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: _____
 Unidade de entrevista: _____

I – Identificação

1. Profissão: _____
2. Ano de formação: _____
3. Local de Formação: _____
4. Possui cursos ou alguma formação complementar? _____
5. Desde quando trabalha na área de saúde mental? _____
6. Motivo pelo qual escolheu esta área de atuação profissional?

7. Já tinha tido contato com a saúde mental antes ou campo da reforma psiquiátrica?
 Sim () Não () 7.b) Como?

8. Reside no município em que trabalha? Sim () Não ()

9. Forma de admissão no serviço: concurso () contrato ()

10. 9) Tipo de vínculo empregatício:

11. concursado estatutário () concursado celetista () contrato
 temporário () desvio de função () outro ()

12. Quantos dias trabalha no serviço? _____ 12.1) nº de turnos _____

13. Carga horária semanal()

II) A política de Saúde Mental no município

14. Como você definiria a Reforma Psiquiátrica brasileira?

 _____.

15. Para você, o que é cidadania?

16. Como é a Saúde Mental no município?

17. Que aspectos ou elementos são facilitadores você destaca na implementação da política de saúde mental no município?

18. Quais aspectos negativos ou obstáculos e dificuldades são enfrentados na implementação/materialização da política de saúde mental no município?

19. Como a política de saúde afeta a política de saúde mental?

20. Que atores influenciam na formulação da política de saúde mental no seu município?

21. Como eles interferem na política municipal de saúde mental?

22. Como esses atores interferem na organização do CAPS?

23. Qual a relação do CAPS com os governos?

24. Que aspectos a legislação de saúde mental indica para as prefeituras (para os governos municipais na implementação da política de saúde mental)?

25. Como você vê a relação entre Reforma Psiquiátrica e cidadania no seu município?

26. Como seria uma boa política de saúde mental?

27. E como seria uma política de saúde mental ruim?

28. Você considera que estes aspectos são observados pelo gestor municipal?

Sim () Não ()

Por quê?

29. Como se dá a articulação do seu município com o governo estadual, na política de saúde mental?

30. Como se dá a relação do município com o governo federal na política de saúde mental?

31. Existe alguma forma de avaliação da política de saúde mental municipal?

Sim () Não ()

32. Em que consiste essa avaliação?

33. Quem avalia?

34. Quando ocorre essa avaliação?

III - A intersetorialidade entre políticas sociais

35. Como se dá a relação da saúde mental com os demais setores da saúde?

36. Com qual das políticas setoriais há mais integração com a saúde mental no município?

37. Como se dá a articulação da política de saúde mental com as demais políticas sociais públicas do seu município?

38. Quais as demandas dos outros setores para a saúde mental?

39. De que forma essas demandas são tratadas?

40. Há reunião do CAPS com esses setores? Sim () Não ()

a) Com que frequência elas ocorrem? _____

b) O que é discutido nestas reuniões

IV - A estrutura do serviço e os usuários

41. Quando foi implantado o CAPS no município?

42. Quais os critérios utilizados para a implantação do CAPS no município?

43. Quem implantou o serviço? _____

44. Como e quem financia o CAPS?

45. Como está estruturado/organizado o CAPS:

a) Quanto ao espaço físico?

b) Quanto aos recursos materiais?

c) Quanto aos recursos humanos?

46. De que forma esta organização atende às demandas cotidianas do serviço?

47. Que atividades são desenvolvidas no CAPS?

48. Qual o outro serviço de saúde mental existe no município?

49. Como é a relação do CAPS com este serviço?

50. Como se dá a articulação do CAPS com a rede de serviços existente no município?

V – Os usuários

51. Quais as demandas mais atendidas pelo CAPS?

52. Como os usuários chegam ao CAPS?

53. Para quais serviços os usuários do CAPS são encaminhados?

54. Como acontece esse encaminhamento?

55. Como você avalia a implementação da política de saúde mental no seu município:

a) No que tange a garantia dos direitos de cidadania:

ANEXO II



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo de consentimento livre e esclarecido visa autorizar a coleta e divulgação dos dados para a Pesquisa *Cidadania e Saúde Mental: a atenção psicossocial em municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro – Cantagalo e Itaocara entre 2002 e 2008* de autoria de Wanessa Gonzaga de Oliveira – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, do Centro de Ciência do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – sob orientação do Professor Doutor Hernan Armando Mamani.

Tal pesquisa se justifica pela centralidade que os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) vêm assumindo na reestruturação da atenção em saúde mental em todo o estado do Rio de Janeiro, se constituindo no principal e mais difundido serviço de substituição das internações de longa duração, como reivindicado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica em sua luta contra o “paradigma asilar”.

Tem como objetivo estudar a política pública de saúde mental e atenção psicossocial no interior do Estado para tratar da relação entre a política, cidadania e autonomia. Seus procedimentos metodológicos são: observação participante nas instituições pesquisadas, entrevistas semi-estruturada, gravadas e/ou escritas com profissionais de saúde mental dos CAPS em estudo.

Tal pesquisa se orienta em como princípios éticos como a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a equidade e a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, conforme Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

A participação nesta pesquisa não é obrigatória aos trabalhadores dos CAPS, sendo garantida a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo de qualquer ordem.

Wanessa Gonzaga de Oliveira – Mestranda telefones: (22) 99172373/38612816

Eu, _____(entrevistado) autorizo a divulgação dos dados fornecidos por mim em entrevista gravada e/ou escrita para a referida Pesquisa, podendo os mesmos serem utilizados para outros estudos. Foram-me esclarecidos os pontos deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo pesquisador, tendo recebido 01 cópia do mesmo.

Assinatura do sujeito participante; Local e data.

ANEXO III

OUTRAS FIGURAS



FIGURA 24 – Recepção do CAPS de Cantagalo – Acervo próprio



FIGURA 25 - Fachada do CAPS Itaocara – Acervo próprio.



FIGURA 26 - Consultório Infantil (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.



FIGURA 27 – Horta (CAPS Cantagalo) – Acervo próprio.



FIGURA 28 – Horta (CAPS Itaocara) – Acervo próprio.



FIGURA 29 – Setor de Farmácia (Dispensa de Medicamentos) – CAPS Itaocara – Acervo próprio.

ANEXO IV

Solicitação de Listagem de Serviços nº1

RES: listagem dos serviços de saúde mental do estado Quarta-feira, 19 de Novembro de 2008
14:06

De: "SAÚDE MENTAL" <smental@saude.rj.gov.br> Para: wanessagonzaga@yahoo.com.br
A mensagem contém anexos Cadastro CAPS - Novembro 2008.xls (144 KB)

Segue

Att

M.

Gerência de Saúde Mental - GSM

Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado - SABGC

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC/RJ

Tel.: (21) 2299-9743 / Fax: 2299-9742

De: Wanessa Gonzaga de Oliveira [mailto:wanessagonzaga@yahoo.com.br]

Enviada em: quarta-feira, 19 de novembro de 2008 11:37

Para: Assessoria de Saúde Mental Assessoria

Assunto: listagem dos serviços de saúde mental do estado

A. e/ou M...

Conforme contato feito com Amélia, solicito novamente

lista dos serviços de saúde mental do estado do Rio de Janeiro.

Necessito para minha pesquisa de mestrado.

Desde já obrigada,

Wanessa Gonzaga de Oliveira

Assistente Social do CAPS de Cantagalo; mestranda da UENF-Campos

Solicitação de Listagem de Serviços nº2

RES: Listagens dos municípios com dispositivos ambulatoriais Sexta-feira, 11 de Setembro de 2009 9:23

De: "Saude Mental" <smental@saude.rj.gov.br>Para: "'Wanessa Gonzaga de Oliveira'" <wanessagonzaga@yahoo.com.br>

Wanessa

Assim que as informações forem atualizadas te encaminho, já aviso que isso irá demorar um pouco.

Att

M.

Gerência de Saúde Mental - GSM

Superintendência de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa - SABEG

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC/RJ

Tel.: (21) 2333-3905

Fax: (21) 2333-3885

E-mail: smental@saude.rj.gov.br

saude.mental@saude.rj.gov.br

De: Wanessa Gonzaga de Oliveira [mailto:wanessagonzaga@yahoo.com.br]

Enviada em: quinta-feira, 10 de setembro de 2009 17:56

Para: Assessoria de Saúde Mental Assessoria

Assunto: Listagens dos municípios com dispositivos ambulatoriais

Favor, solicito que me enviem listagem dos dispositivos ambulatoriais do Estado do Rio cadastrados como Ambulatório de Saúde Mental. Desde já, obrigada...

Wanessa Gonzaga