

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

KARIN ALVES DO AMARAL ESCOBAR

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO AVALIATIVO NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra LENAURA DE VASCONCELOS COSTA LOBATO

**NITERÓI
2010**

KARIN ALVES DO AMARAL ESCOBAR

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO AVALIATIVO NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em maio de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense (UFF)
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Luciana Patrícia Zucco
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof^a. Dr^a. Monica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense (UFF)

NITERÓI
2010

AGRADECIMENTOS

À amiga Áurea Dias pelo apoio na minha inserção acadêmica como docente e por ter me indicado o Mestrado em Política Social da UFF.

Aos amores da minha vida, meu marido Vinícius e meu filhote Gabriel pelo apoio incondicional em toda a minha caminhada profissional. Sem o amor e a compreensão de vocês essa conquista não seria possível.

À minha família que sempre torceu por mim, em especial a minha sobrinha Poliana pela disponibilidade em colaborar na transcrição das entrevistas e revisão dos textos, apoio este fundamental para a conclusão desse trabalho.

À minha orientadora, Profa Lenaura Lobato, pela atenção, paciência, por compartilhar o seu saber e acreditar que esse trabalho seria possível. O meu muito obrigada!

Aos professores do Mestrado pela oportunidade de adquirir novos conhecimentos, em especial à Profa Mônica Senna por aceitar o convite para a participação da banca de qualificação e defesa, trazendo importantes contribuições para o desenvolvimento do presente trabalho.

À professora Luciana Zucco, a minha eterna admiração por sua competência profissional, sua simplicidade, disponibilidade e por estar mais uma vez acompanhando e contribuindo com a minha formação profissional.

A amiga do mestrado, Kamila Teixeira pelo companheirismo nas discussões em sala de aula e na elaboração de trabalhos.

À nova amiga Ana Lole pela amizade, apoio e acolhida em diversos momentos.

À amiga Mônica Barison, que sempre acreditou no meu trabalho, pelo exemplo profissional e pelas contribuições para que eu me tornasse cada vez mais uma profissional melhor.

Ao Centro Universitário de Volta Redonda por me receber junto ao seu corpo docente em especial à profa Úrsula.

À Associação dos Aposentados e Pensionistas de Volta Redonda, em especial à amiga Eliana Dutra e diretor Roque Garcia que apoiaram esse processo de qualificação profissional, acreditando na importância do meu trabalho junto à instituição.

Aos profissionais do Programa de Saúde Mental que aceitaram participar com prontidão e muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

Em especial agradeço à Ana Emília por me ceder parte do material que foi de fundamental importância na reconstrução histórica da Política de Saúde Mental de Volta Redonda.

RESUMO

O campo da saúde mental nas últimas décadas no Brasil foi perpassado por um conjunto de transformações na organização do modelo de assistência que assegurassem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes. Esse processo denominado Reforma Psiquiátrica possibilitou a criação de serviços substitutivos como alternativas de atenção que preservem os vínculos sócio-familiares do sujeito. Nesse contexto a Política Nacional de Saúde Mental prevê que o Centro de Atenção Psicossocial seja o dispositivo de referência na oferta de uma atenção diária na perspectiva de prevenção e promoção da saúde à clientela portadora de grave sofrimento psíquico. Este trabalho compreende um estudo de avaliação do Centro de Atenção Psicossocial e Política de Saúde Mental no município de Volta Redonda. Utilizamos pesquisa documental e entrevistas com trabalhadores e gestores do Programa de Saúde Mental do município. No tratamento metodológico trabalhamos com a análise de conteúdo para desvendar os núcleos de sentido dos documentos e das entrevistas.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial e avaliação.

ABSTRACT

On the last decades, mental health in Brazil has been permeated by a set of transformations in the care model's organization that would ensure respect for the patients' human and civil rights. This process called Psychiatric Reform enabled the creation of substitute services as attention alternatives that can preserve the social and family ties of that person. In this context, National Policy on Mental Health predicts that the Psychosocial Care Center is the reference device in offering a daily attention in the perspective of health prevention and promotion to customers with a severe psychological distress. This work includes an evaluation study of the Psychosocial Care Center and Mental Health Policy in the city of Volta Redonda. Documentary research and interviews with the city's Health Mental Program workers and managers were used. On the methodological treatment, content analysis to uncover the documents' and interviews' core meaning was used.

Key Words: Psychiatric Reform, Policy on Mental Health, Psychosocial Care Center, evaluation.

SUMÁRIO

RESUMO	04
ABSTRACT	05
LISTA DE TABELAS	08
INTRODUÇÃO	09
I CONTEXTOS DE REFORMA DAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICA	17
1.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil	17
1.2 A organização da assistência psiquiátrica contemporânea no Brasil.....	19
1.2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	24
1.3 O papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental	32
1.4 A reformulação da assistência psiquiátrica: o caso do município de Volta Redonda	36
1.4.1 Rede de Saúde Mental em Volta Redonda: processo em construção	41
II O CAPS E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM VOLTA REDONDA	47
2.1 Percurso Metodológico.....	47
2.2 O Cenário do Estudo: município de Volta Redonda.....	52
2.3 Cobertura de serviços	56
2.3.1 Número de unidades e níveis de complexidade dos serviços do Programa de Saúde Mental.....	56
2.3.2 Ações oferecidas nos serviços e horário de funcionamento	57
2.3.3 CAPS Usina de Sonhos.....	58
2.3.4 NAPS Vila	58
2.3.5 CAPSi Viva a Vida	59
2.3.6 CAPS AD	60
2.4 Números de Internações	61
2.5 Financiamento	65
2.6 Características sócio-demográficas e funcionais dos trabalhadores	69
2.7 Reforma Psiquiátrica na percepção dos trabalhadores de saúde mental	72
2.8 Da internação à atenção diária: o Centro de Atenção Psicossocial e seu papel na Política de Saúde Mental	76
2.8.1 O processo de instituição dos CAPS	76
2.9 Gestão	78
2.9.1 O CAPS e a Política de Saúde Mental.....	78
2.10 Recursos humanos	82

2.10.1 Incentivos de qualificação profissional	82
2.10.2 A inserção dos trabalhadores nos CAPS	85
2.11 Rede	87
2.11.1 Articulação com políticas intersetoriais	87
2.11.2 Articulação com o Programa de Saúde da Família	89
2.12 Reinserção Social	92
2.12.1 Reinserção social na percepção dos trabalhadores	92
2.12.2 Atividades externas do serviço desenvolvidas com a comunidade	98
2.12.3 Inserção da família na assistência	105
2.13 Impacto	109
2.13.1 Efeitos das ações do CAPS na vida dos usuários	109
2.13.2 Problemas ou entraves na Política de Saúde mental	114
2.13.3 Contribuições da Reforma Psiquiátrica no município	122
2.14 Organização do trabalho no CAPS	124
2.14.1 Projeto terapêutico	124
2.14.2 Técnico de referência	127
2.14.3 Supervisão institucional	131
2.14.4 O trabalho em Equipe	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

LISTA DE TABELAS

TABELA I - Variáveis selecionadas	49
TABELA II - Leitos Casa de Saúde Volta Redonda.....	61
TABELA III - Internações CAIS Aterrado ano 2005.....	62
TABELA IV - Internações Casa de Saúde Volta Redonda ano 2005	63
TABELA V- Internações CAIS Aterrado ano 2009	64
TABELA VI - Comparativo de APACS por Unidade CAPS Viva a Vida	66
TABELA VII - Comparativo de APACS por Unidade CAPS Usina de Sonhos	66
TABELA VIII - APACS por nível de complexidade CAPS Viva a Vida.....	67
TABELA IX - APACS por nível de complexidade CAPS Usina de Sonhos.....	67
TABELA X - Internações psiquiátricas ano 2008 e 2009	68
TABELA XI- Tempo de trabalho dos profissionais na Unidade.....	71

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é avaliar a Política de Saúde mental do município de Volta Redonda a partir do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), considerado modelo de referência das novas estratégias de atenção em saúde mental.

Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo definidos como unidades regionalizadas com uma população adscrita definida pelo nível local.

O CAPS se caracteriza como serviço de saúde aberto e comunitário, referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência do quadro justifique a inserção num dispositivo de cuidado intensivo.

Segundo informações do Ministério da Saúde¹, 3% da população geral possuem transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental.

Aos CAPS é lançado o desafio de intervir na cultura que defende que a loucura deve ser tratada estritamente nos hospitais. Esse dispositivo de cuidado prevê que o atendimento deve ser realizado na comunidade, permitindo a permanência do sujeito no seu convívio social, substituindo a lógica asilar, visando à integralidade das ações.

As práticas realizadas nos CAPS devem ultrapassar a própria estrutura física em busca de uma rede de suporte social potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (MS, 2004).

A partir de minha experiência profissional é que surgiu o interesse em avaliar a contribuição do CAPS na mudança do modelo assistencial.

¹ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em: 03 de outubro de 2009.

A avaliação deve ser entendida como um instrumento democrático e deveria ser uma das etapas de uma política, ocorrendo posteriormente à sua implementação e com o objetivo de influenciar sua reformulação (ARRETCHE, 2006).

A avaliação de serviços se faz imprescindível para a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política, as razões que a tornam preferível a qualquer outra (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 1986). Nesse sentido a avaliação deste dispositivo se faz importante na busca de um fortalecimento da Política de Saúde Mental, tendo como caso a experiência do município de Volta Redonda.

Para avaliar o CAPS é necessário, em primeiro lugar, identificar o redirecionamento das práticas psiquiátricas a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, em curso no país desde o final dos anos de 1970. Esse movimento, pautado no paradigma da desinstitucionalização, se tornou referência para a configuração das políticas de saúde mental na contemporaneidade.

O processo de Reforma Psiquiátrica tem início no Brasil com a criação do primeiro movimento social organizado na área de saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

A partir desse momento iniciou-se um processo de “reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e manutenção da ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos” (AMARANTE, 2008, p.739).

A Reforma Psiquiátrica questiona, inicialmente, a transformação genérica da assistência psiquiátrica centrada na hospitalização, propondo alternativas de desospitalização. Entretanto, as propostas do MTSM não se resumiam a mudanças apenas de caráter técnico; além de defender a criação de serviços extra-hospitalares, também tinha como premissa mudanças de caráter mais social, mais amplo e não somente uma transformação do modelo técnico-assistencial.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica transcende à busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas para remontar às questões teóricas, políticas, culturais e sociais.

A perspectiva de desinstitucionalização adotada pela Reforma Psiquiátrica brasileira toma como referência a experiência italiana, liderada por Franco Basaglia, conhecida como psiquiatria democrática.

O projeto de transformação institucional proposto por Basaglia se referia a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes, práticas e discursos

comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Como bem aponta Rotelli, a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura (ROTELLI, 1990).

Segundo Amarante (1996, p.23), “O projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito, para voltar-se para a ‘invenção da realidade’ como processo histórico”.

A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, ao mesmo tempo, um processo de invenção de novas realidades. Se a realidade é um processo em construção, pode ser desmontada e reconstruída sob novas bases.

Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é elemento fundamental em razão da natureza do estatuto de alienação mental, no qual ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no mundo dos direitos (AMARANTE, 1996, p.14).

Na busca de criação de serviços substitutivos à instituição asilar que inaugurem outro lugar para a loucura, inserindo a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania, temos atualmente diversos dispositivos como os ambulatorios, os hospitais-dia, os leitos de atenção integral à saúde mental em urgências e hospitais gerais, os centros de convivência e cultura, as residências terapêuticas e os CAPS ocupando papel central na Política de Saúde mental.

O CAPS é uma modalidade de serviço que visa a oferecer uma atenção que seja substitutiva ao hospital psiquiátrico. Por sua natureza psicossocial, os CAPS passaram a ser conhecidos como serviços fortes devido a sua alta flexibilidade, mobilidade territorial, oferta diversificada de cuidados e estratégias assistenciais (AMARANTE, 2008). Os CAPS deverão se constituir em serviços de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território.

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS “devem estar articulados com a rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais” (MS, 2004, p.11).

O primeiro CAPS do Brasil surgiu em 1987 na cidade de São Paulo, num contexto de reformas administrativas da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a partir da constatação de que a atenção extra-hospitalar disponível se mostrava insuficiente para atender as pessoas com quadros graves que demandavam uma atenção mais intensiva. Tinha como propostas ações de inserção comunitária e atenção mais intensiva para pacientes com quadros mais graves até então atendidos restritamente pelos hospitais psiquiátricos. O CAPS passou a

realizar um dos mais importantes trabalhos assistenciais, tornando-se referência nas políticas de saúde mental.

Entretanto, cabe destacar que o marco do redirecionamento da assistência em Saúde Mental aconteceu no município de Santos no ano de 1989. O município possuía um hospital psiquiátrico conhecido como Clínica Anchieta e a partir daquele ano, suas atividades foram encerradas dando lugar à construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos extra-hospitalares. Essa reorientação da assistência em Santos demonstrou que é possível a superação do hospital psiquiátrico através da construção de uma rede substitutiva. Cabe ressaltar que essa proposta só foi concretizada diante de uma atitude política da prefeitura, oferecendo as condições para a sustentação desse novo modelo de cuidado em saúde mental.

Segundo informações da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o ano de 2008 registrou um total de 1.326 CAPS em todo o país, significando uma cobertura populacional de 55%. Na região sudeste, especificamente no estado do Rio de Janeiro, existem noventa e cinco serviços do tipo CAPS.

A expansão de uma rede de atenção aberta e comunitária vem se construindo, acompanhada da redução significativa dos hospitais psiquiátricos. Esse processo é um importante desencadeador do modelo de atenção em saúde mental.

O relatório de gestão 2003-2006 da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde informa que, do total de treze hospitais indicados para descredenciamento após avaliação do PNASH², seis foram fechados, dois sofreram intervenção municipal ou estadual, um teve gestão compartilhada e quatro encontravam-se em processo de descredenciamento.

Dados desse relatório apontam também a redução de leitos em hospitais psiquiátricos nesse período (2003-2006), representando 11.826 leitos. No ano de 2006 existiam 226 hospitais em todo o país, totalizando 39.567 leitos psiquiátricos; em junho de 2009 esse número reduziu para 208 hospitais e 35.426 leitos. Desses leitos temos hoje quase 46% situados em hospitais psiquiátricos de pequeno porte. No que se refere aos gastos com ações extra-hospitalares, somente no ano de 2006 esses gastos superaram as despesas com a rede hospitalar. Em 2002 os gastos com a rede extra-hospitalar foram de 153, 31 milhões contra 465, 98 milhões investidos nas ações hospitalares. Já em 2006 estes gastos se inverteram para 871,18 milhões para as ações extra-hospitalares e 458,06 milhões para a rede hospitalar (MS, 2009).

² Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH PSQUIIATRIA.

As mudanças processadas no estado de São Paulo contribuíram para o desenvolvimento de propostas assistenciais semelhantes em várias localidades do Brasil, influenciando também a organização da Política de Saúde mental no município de Volta Redonda na década de 1990.

Alguns fatores foram decisivos para o processo de Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda. Além de um cenário nacional de redemocratização e de reflexões das práticas psiquiátricas, destaca-se nesse período a ocupação da prefeitura por uma gestão progressista formada pela coligação do Partido dos Trabalhadores (PT) e Partido Socialista Brasileiro (PSB).

A assistência em saúde mental era oferecida, até então, através de dois hospitais psiquiátricos de natureza privada, conveniados ao SUS. Em função das mudanças no cenário nacional, esses dois hospitais se viram pressionados pelo Ministério da Saúde a processar mudanças na assistência para não serem descredenciados pelo SUS. Entretanto esses dois hospitais estavam em estado pré-falimentar, sem as mínimas condições de atender a tais exigências.

Nesse contexto, as autoridades locais identificaram essa crise e decidiram implementar o processo de Reforma Psiquiátrica no município, processo este já em curso no país. O marco desse processo no município foi a intervenção da prefeitura municipal em um dos hospitais psiquiátricos no ano de 1994, visto que o outro optou pelo encerramento das atividades.

A Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda se constituiu uma das experiências pioneiras no estado do Rio de Janeiro. Esse processo abarcou um número grande de profissionais que passaram a atuar na rede de saúde mental que estava começando a se construir naquele momento.

Entretanto, ao longo desse processo, acredita-se que os CAPS apresentaram dificuldades de se configurar como serviço de referência na Política de Saúde mental, reproduzindo práticas ambulatoriais que reduzem a potencialidade destes serviços. Os novos serviços encontram desafios na busca da realização de práticas assistenciais que instaurem uma nova postura e um novo cuidado.

O município de Volta Redonda atualmente possui cinco CAPS, sendo três CAPS II³ destinados a clientela adulta, um CAPSi⁴ e um CAPSad⁵ para uma população de 242.063

³ CAPS II: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Dos cinco CAPS existentes no município, quatro estão cadastrados pelo Ministério da Saúde e recebendo financiamento federal para funcionamento. O quinto CAPS foi inaugurado em Setembro de 2009 e encontra-se em processo de cadastramento, sendo custeado com recursos do município.

habitantes. Esse número é significativo de cobertura se comparado com o município do Rio de Janeiro, que possui dezessete CAPS para uma população de 5.857,904 habitantes, conforme o último Censo Demográfico do IBGE no ano de 2000. Na região do Médio Paraíba⁶, Volta Redonda é o município com maior número de CAPS.

Os CAPS podem ser considerados estruturas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida em comunidade. Entretanto, como um dos novos paradigmas da assistência, não garante, por si só, uma nova forma de tratamento. Embora o projeto de reforma esteja regulamentado, as práticas não são homogêneas, são divergentes entre os atores que a exercitam.

Este estudo tem como foco o município de Volta Redonda e destacamos para a escolha o fato de o município se constituir um dos pioneiros a implementar a Reforma Psiquiátrica, possuir um número razoável de serviços organizados e distribuídos pela população com níveis de complexidade atendidos, cobrir geograficamente a população, além da gestão do município se constituir gestão plena do sistema municipal⁷, auferindo grande autonomia dos municípios na operacionalização de suas ações.

Entretanto, apesar dos avanços significativos ocorridos na Política de Saúde mental do município, a chamada desinstitucionalização não se resume em fechar hospitais e acabar com os asilos; é muito maior e mais complexa que isso. Aponta para a necessidade de desconstrução da mentalidade asilar, de uma cultura que sempre isolou, excluiu, com o pressuposto de tratar.

Nesse sentido, os CAPS têm efetivado uma nova lógica de cuidado conforme as propostas da Reforma Psiquiátrica? O CAPS têm se constituído referência para o atendimento de saúde mental no município de Volta Redonda? O CAPS têm contribuído para a (re) inserção familiar e social dos usuários de saúde mental ou tem reproduzido a lógica da

⁴ CAPSi: Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.

⁵ CAPSad: Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

⁶ Região do Médio Paraíba, formada pelos municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

⁷ A NOB 01/96 instituiu a habilitação dos municípios na condição de Gestão Plena do sistema e Gestão Plena da Atenção Básica. Na primeira, o município é autônomo, recebe recursos federais e paga diretamente aos prestadores de serviços. Na segunda, o município recebe repasses de recursos para a atenção básica fundo a fundo, mas os serviços não pertencentes à atenção básica são pagos pelo Ministério da Saúde. (disponível em <http://itd.bvs.br> – acesso em 13 de outubro de 2009)

institucionalização? Tem sido um lugar de resolutividade e de referência para os usuários e suas famílias?

Para responder a essas questões, pretendo, através da pesquisa documental e realização de entrevistas com trabalhadores, realizar um estudo de avaliação da Política de Saúde mental do município de Volta Redonda. Pretendo, também, analisar os aspectos do processo, estrutura e dinâmica do Programa de Saúde Mental no qual os CAPS funcionam, aspectos como cobertura, financiamento, recursos humanos. Além disso, identificar a repercussão deste serviço na reinserção social dos usuários e a capacidade de fomentar direitos de cidadania como educação, trabalho, lazer. Finalmente, pretendo analisar a articulação do CAPS com demais políticas setoriais, de ações conjuntas, trabalhos desenvolvidos com a comunidade e a percepção dos trabalhadores acerca das contribuições dos serviços para uma transformação nas condições de vida dos usuários beneficiários da política.

A avaliação de uma determinada política ou programa se constitui um elemento importante para se pensar e identificar as mudanças processadas nas condições de vida da população usuária. As avaliações de políticas e programas têm como objetivo conhecer a relação entre as condições, meios, resultados e impactos da intervenção (DRAIBE, 2001).

O processo de avaliação consiste em atribuir valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público, a partir de uma certa concepção de justiça (ARRETCHE, 2006, p.29).

Nesse sentido, a avaliação dos CAPS se faz importante na busca de um fortalecimento da Política de Saúde Mental. A gestão desses serviços, que desenvolvem a política, deve estar comprometida com processos avaliativos que expressem o que mudou no grau das condições de vida dos usuários destes serviços, acesso à renda e ao trabalho, nível de politização, ocupação de espaços públicos pelos usuários desses serviços, entre outros aspectos.

O objetivo de um processo avaliativo é realimentar ações buscando aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de vida da população beneficiária, ou ainda, repensar as opções políticas e programáticas.

No primeiro capítulo, intitulado Contextos de Reforma das práticas psiquiátricas, buscamos realizar um breve resgate sobre as transformações processadas na assistência psiquiátrica no período pós II Guerra Mundial. O marco dessas mudanças foi a experiência paradigmática da psiquiatria democrática Italiana, liderada por Franco Basaglia, que influenciou a reorientação das práticas psiquiátricas em todo o mundo. Refletimos ainda sobre o contexto brasileiro de reformas no campo da saúde, como Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, processos esses que alteraram significativamente a concepção de saúde e da

Política de Saúde no Brasil. Nesse capítulo apresentamos ainda a atual configuração da política brasileira de saúde mental, bem como suas atuais diretrizes para a área. Finalizamos o capítulo trazendo o caso do município de Volta Redonda e suas estratégias de intervenção no redirecionamento da assistência psiquiátrica a partir da década de 1990.

O segundo capítulo se inicia apresentando o percurso metodológico desse estudo de avaliação da Política de Saúde mental em Volta Redonda e traz uma breve apresentação do município. O capítulo apresenta como elemento central deste trabalho a análise dos dados e resultados obtidos com a pesquisa realizada com os trabalhadores e gestores no âmbito do Programa de Saúde Mental de Volta Redonda.

Esta pesquisa não tem a intenção de esgotar o tema, mas pretende despertar nos profissionais o interesse em desenvolver estudos no campo da avaliação de políticas sociais. A avaliação se constitui uma ferramenta importante para subsidiar decisões políticas, reformular programas, tendo como premissa o compromisso com a qualidade e a efetividade dos serviços prestados, favorecendo o exercício e o fortalecimento da cidadania.

I CONTEXTOS DE REFORMA DAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS

Este capítulo apresenta o contexto das transformações processadas na assistência psiquiátrica no período pós II Guerra Mundial. A reorientação da atenção psiquiátrica na Itália, através da Psiquiatria Democrática Italiana, se constituiu referência para vários países que passaram a questionar as práticas tradicionais. Nesse sentido, destacamos o caso brasileiro e as trajetórias das reformas processadas no campo da saúde, tais como, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Apresentamos a atual configuração da política brasileira de saúde mental e as diretrizes para o setor. Analisamos ainda a experiência do município de Volta Redonda em face à necessidade de reorganizar a assistência em saúde mental no município em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

1.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil sofreu influência das experiências internacionais quanto ao questionamento das práticas psiquiátricas, deslocando a ênfase do tratamento da doença mental para se pensar na promoção da saúde mental.

Desde o fim da Segunda Guerra, os Estados Unidos e os países europeus, particularmente Itália e Inglaterra, assistiram a um processo gradativo de questionamento das práticas psiquiátricas, bem como construção de novas modalidades de tratamento (FUGIMURA, 1999).

A Segunda Guerra Mundial foi um fato importante para a transformação da assistência psiquiátrica, tendo em vista a grande necessidade de mão de obra para reconstruir os países destruídos pela guerra. Naquele contexto não era possível assistir ao deterioramento asilar que fazia com que homens com possibilidade de realizar atividades estivessem totalmente inativos nos hospícios. Nessa direção, as transformações que se seguiram passaram a ter como foco não o tratamento da doença mental, mais a promoção da saúde mental.

Podemos sinalizar dois grandes períodos de redimensionamento dos campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro período é marcado por uma crítica à estrutura asilar em função dos altos índices de cronificação, mas ao mesmo tempo permanece a crença de que o manicômio se constitui um espaço de cura. Nesse sentido, as reformas propostas são de âmbito interno da organização psiquiátrica. Como exemplo, temos as experiências das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos e da Psicoterapia Institucional na França (BIRMAM & COSTA, 1994). O segundo momento é caracterizado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental como as experiências de psiquiatria de setor na França e a psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos.

Essas transformações processadas na Europa e nos Estados Unidos identificavam a necessidade de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria. A proposta se pautava na superação gradual da internação nos manicômios através da intervenção no contexto social das pessoas, na perspectiva da prevenção e reabilitação.

Entretanto, esses dois modelos se limitam a reformas do modelo psiquiátrico pautados na perspectiva de que a instituição psiquiátrica constitui-se o lócus de cura e de que a psiquiatria era o saber competente.

Foi nessa perspectiva que surgiu a antipsiquiatria na Itália liderada por Franco Basaglia através de sua proposta de desinstitucionalização. Suas idéias estavam pautadas na desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como o conjunto de relações entre instituições, práticas e saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos.

A proposta da substituição do modelo asilar, até então vigente, surgiu a partir da psiquiatria italiana nas experiências das cidades de Gorizia e Trieste. Defendia-se a desinstitucionalização dos pacientes através de um conjunto de ações que objetivavam a construção de novas possibilidades e novas formas de entender a loucura. Em Outubro de 1971, iniciou-se em Trieste na Itália uma demolição do aparato manicomial, bem como a construção de novos espaços e formas de lidar com a doença mental.

A psiquiatria de Franco Basaglia questionava a função do manicômio, considerando que um dos elementos constituintes deste dispositivo era a relação terapêutica médico/paciente, sendo, desta forma, o lugar instituinte das relações de objeto e saber/prática (AMARANTE, 1995).

Nesse sentido, a gestão comunitária (modelo de comunidade terapêutica) procurava apenas humanizar o manicômio, não colocando em discussão as relações de tutela e custódia,

e não questionava o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico. O projeto de transformação institucional proposto por Basaglia se referia a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença.

A experiência de Trieste na Itália demonstra que é possível a constituição de um modelo de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que demandam algum cuidado em saúde mental. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como referência nas experiências de reformulação no campo da saúde mental.

A repercussão deste movimento influenciou o modo de organizar a Política de Saúde mental em diversos países.

Para Goldberg (1996), a busca da construção de um novo modelo de assistência em saúde mental deve passar pela desconstrução do saber-poder médico da psiquiatria, centralizando o tratamento apenas na internação e na contenção medicamentosa. O hospital exercia o caráter científico do tratamento, a figura do paciente ficava no lugar de objeto de um aparelho institucional dotado de um saber e uma tecnologia postos a priori.

1.2 A organização da assistência psiquiátrica contemporânea no Brasil

A reorganização da assistência psiquiátrica contemporânea no Brasil é um processo que surge no final da década de 1970 e início dos anos 1980.

A década de 1970 foi marcada por um quadro de crescente precarização das condições de vida da população. Mediante inflação, a repressão política não conseguia mais conter a insatisfação popular.

Essa conjuntura foi marcada por um processo de redemocratização política, no qual a sociedade brasileira experimentou uma profunda crise econômica ao mesmo tempo em que supera o regime ditatorial.

Esse cenário proporcionou a rearticulação dos movimentos sociais que denunciaram também as condições de situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, tornando crescentes as reivindicações por soluções a esse modelo vigente.

Nesse contexto os anos de 1980 foram considerados como o período de efervescência dos movimentos sociais numa conjuntura de redemocratização do país, trazendo importantes mudanças na organização do sistema de saúde brasileiro e também da assistência psiquiátrica.

Nesse período, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Dos novos atores que entraram em cena destacam-se os profissionais de saúde, o movimento sanitário, através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2008, p. 95-96).

Esse movimento ficou conhecido como movimento sanitário, que formulou um projeto de Reforma Sanitária que questionava a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual. Contestava ainda o paradigma biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias (PAIM, 1997).

A crise do setor saúde defendida pelo movimento sanitário implicava uma série de mudanças no âmbito da reorganização do sistema de saúde, introduzindo a concepção de gestão democrática e planejamento participativo.

A assistência em saúde no Brasil até a década de 1960 era influenciada pelo modelo preventivista importado dos Estados Unidos, que pressupunha um conceito ecológico de doença e saúde. A doença seria resultado de um “desequilíbrio na interação entre o homem e o ambiente”. As determinações sociais que interferem na produção das doenças e nas relações entre o setor saúde e a população não eram questionadas.

O movimento sanitário se caracterizava pela revisão crítica da teoria preventivista delimitando um novo campo, o da saúde coletiva. Na perspectiva da saúde coletiva o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório mas a coletividade, considerando as classes sociais, a distribuição demográfica da saúde e doença. A reformulação do objeto saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo.

A Reforma Sanitária defendia ainda o fim do modelo privatizante da saúde, de caráter excludente, e propunha a universalização do acesso e a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, imprescindíveis à condição de democracia.

Partindo da análise da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administração com base na racionalidade do planejamento. (FLEURY, 1988 *apud* PAIM, 1997, p.14)

A saúde no período da Ditadura civil-militar foi marcada pelo declínio da saúde pública e crescimento da medicina previdenciária, privilegiando o setor privado na contratação dos serviços, ênfase na medicina curativa, assistencial e no modelo de internação.

A organização da assistência psiquiátrica até então vigente no Brasil se baseava no modelo da internação em hospitais psiquiátricos como instância de tratamento e era prestada pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e também pelas próprias secretarias estaduais de saúde. Ao Ministério da Saúde e às secretarias competia dispensar assistência à população que não era coberta pela Previdência Social, em geral uma população bastante pauperizada. Essa assistência era dispensada por grandes hospitais psiquiátricos de características asilares com total ausência de recursos técnicos e materiais (AMARANTE, 1997, p.166).

Já a assistência dispensada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Previdência Social, exercitava a política de compra de serviços privados. Esse sistema acarretava várias distorções como o pagamento de serviços que não eram realizados e o pagamento de procedimentos desnecessários. Tais problemas do sistema fizeram com que no ano de 1977 tivessem ocorrido 195.000 internações desnecessárias em psiquiatria no país. Do total de recursos gastos com a assistência psiquiátrica, 96% foram destinados à rede hospitalar, enquanto que apenas 4% foram destinados à rede ambulatorial.

Até o período da ditadura civil-militar os hospitais psiquiátricos existentes no Brasil eram em sua maioria de natureza pública. No ano de 1965 existiam 135 instituições psiquiátricas no país. A assistência se baseava no modelo da exclusão social que tinha as suas raízes na política pública higienista fundada nos ideais de produtividade do mundo capitalista, onde o indivíduo que não produzia não servia e deveria ser retirado da sociedade para não contaminar os demais (COSTA, 1994, p.88).

A segunda metade da década de 1960, fase dos governos militares, caracterizou-se como de grande incentivo à privatização da assistência psiquiátrica no país. A partir de 1974, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) iniciou-se o financiamento da iniciativa privada numa ampla expansão do “parque asilar” em todo o país. O governo ditatorial liberava por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento e da Caixa Econômica Federal financiamento para a construção de hospitais privados, tornando a “doença mental” objeto de lucro (COSTA, 1994, p.89).

No período de 1941 a 1978 os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 para 22.603, enquanto que os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período. Em

1965 existiam 100 hospitais privados conveniados, enquanto que em 1979 este número chegava aos 276. O tempo médio de internação no hospital psiquiátrico chegava a 25 anos (GENTILE, 1980 *apud* AMARANTE, 1997).

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava na mercantilização crescente da saúde. Na década de 1970 a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, eram prestados pelas empresas privadas à população previdenciária (ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005).

Ainda na concepção dos autores, a saúde pública era relegada a segundo plano tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora. Suas ações restringiam-se a campanhas sanitárias de baixa eficácia, além da carência de recursos para o setor, trazendo conseqüências para a saúde da população.

Considerando a política de Previdência Social orientada para a priorização da compra de serviços dos hospitais privados, por meio de descredenciamento e convênios, ocorreu como conseqüência uma contínua absorção de grande parte do orçamento previdenciário destinado à assistência médica, o que acabou por gerar um processo de estagnação do setor hospitalar público (LOUGON *apud* AMARANTE, 1995, p.59).

Um dos argumentos utilizados para viabilizar a compra de serviços médicos pela Previdência Social foi o de se pretender proporcionar uma melhor assistência à população. Mas, o que ocorreu na prática – principalmente no campo da saúde mental – foi o crescimento rápido do número de internações de doentes mentais, aumento do número de reinternações e aumento do tempo médio de permanência hospitalar, o que contraria a recomendação da Organização Mundial de Saúde no sentido de que a assistência psiquiátrica deva se concentrar no nível ambulatorial (AMARANTE, 1995, p.59).

A política de mercantilização dos serviços psiquiátricos entre os anos de 1973 e 1976 representou um aumento de 344% das internações psiquiátricas; os leitos psiquiátricos privados contratados subiram de 3.034 em 1941 para 55.670 em 1978, enquanto os leitos públicos variavam de 21.079 para 22.603; o número de hospitais privados conveniados aumentou de 100 em 1956 para 276 em 1979.

No período de 1966 a 1981 os hospícios passaram de 135 para 430 unidades, num total de 105.000 leitos psiquiátricos, dos quais 80% eram controlados pela iniciativa privada.

Além disso, os novos proprietários dos hospícios eram cuidadosamente escolhidos pela Ditadura Militar, pois serviam também de prática de exclusão e tortura de presos políticos que eram submetidos a contenções, celas fortes, eletrochoque, contenções químicas e, outras vezes, torturas psicológicas das mais diversas, objetivando obter informações que interessavam ao governo militar.

Como já discutido anteriormente, foi nesse contexto dos anos de 1980 que se intensificaram os debates em torno da democratização do país, em função da crise da ditadura militar, da crise econômica que assolava a sociedade brasileira, e do agravamento das condições de vida e de saúde da população.

O debate em torno da redemocratização do país, da reformulação de uma Política de Saúde pública de qualidade, como dever do Estado e direito de todos, veio contestar o padrão histórico que caracterizava as políticas em nosso país, ou seja, seletivo, fragmentado, excludente e setorizado.

Do ponto de vista legal muitas foram as conquistas obtidas pelo movimento de Reforma Sanitária, que foi responsável pelas transformações no sistema de saúde brasileiro, introduzindo a saúde na Constituição Federal Brasileira como direito de todos e dever do Estado, representando a afirmação de direitos sociais, possibilitando também a criação de um Sistema Único de Saúde.

O projeto de reforma no setor saúde liderado pelo movimento sanitário não significou apenas operar modificações reformistas no modelo assistencial, técnico-operacional - não se restringiu a uma mudança administrativa. A inovação do projeto de Reforma Sanitária estava nas mudanças de ordem ética e cultural. A Reforma Sanitária perderia seu sentido se confinada aos limites de uma reforma administrativa setorial, implementada do ponto de vista normativo.

O processo de Reforma Sanitária implicou mudanças em práticas sociais que possuíam uma dimensão técnica e uma dimensão social; a reforma se realizou no plano técnico-institucional no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde (PAIM, 1997, p.18).

A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, preconizada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, se inseriu no processo de redemocratização das instituições e do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica só é possível de concretização a partir de mudanças nas práticas sociais de conceber o fenômeno da loucura, não é possível uma Reforma Psiquiátrica

apenas do ponto de vista técnico-operativo. É preciso intervir na cultura que cria representações sociais acerca da loucura.

1.2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como pressupostos as idéias da psiquiatria democrática italiana. O momento político que tem atravessado a sociedade brasileira se constitui um facilitador. Com o fim da ditadura militar nos anos de 1980 os ideais de liberdade, justiça e igualdade começam a ser reivindicados pelos movimentos sociais e sociedade de uma forma geral (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p.87).

Foi nessa perspectiva que surgiu o MTSM, como principal ator político na reconfiguração da assistência psiquiátrica e formulação de políticas de saúde mental no Brasil. Constituído a partir do final dos anos 70, o movimento surgiu em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil nestes anos de organização social e civil contra a ditadura militar (AMARANTE, 1997).

O MTSM constituiu-se o principal ator na luta pela humanização da assistência, através de denúncias das condições em que se encontravam os pacientes nos hospitais psiquiátricos de caráter asilar. Para Amarante (1995) o objetivo desse movimento era constituir-se espaço de luta não institucional com propostas de transformações nessa assistência.

O movimento se caracterizava por um perfil não institucional, sem a existência de estruturas institucionais solidificadas, atuando sobre sua própria legenda ou no interior de outros espaços de representação (CEBES, Sindicatos, Partidos Políticos, Associações etc.). O MTSM tornou-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, estabelecendo uma agenda para o setor que, por via da Reforma Psiquiátrica, introduziu a estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas (AMARANTE, 1997).

O movimento dos trabalhadores surgiu a partir da crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde. A DINSAM era composta pelo

Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira (CJM) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Segundo Amarante (1995), três médicos bolsistas do CPPII denunciaram, através de registro no livro de ocorrência do plantão, as irregularidades do local e as condições desumanas a que estavam submetidos os pacientes psiquiátricos. Por sua vez, o Ministério da Saúde respondeu com a demissão de duzentos e sessenta profissionais. Em abril de 1978, foi deflagrada uma greve que logo recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES (Centro Brasileiro para Estudos de Saúde). O MTSM denunciou a falta de recursos das unidades e as precariedades das condições de trabalho. Objetivava ainda promover um debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinasse informações, organizasse encontros, reunisse trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Esse movimento foi o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995).

O MTSM organizou Comissões de Saúde Mental em núcleos estaduais do CEBES e em sindicatos do setor saúde. Em outubro de 1978 foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ficou conhecido como “Congresso de Abertura”, pois, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participaram de um encontro considerado tradicionalmente conservador. Logo depois, com o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, o Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e alcançou as principais entidades da sociedade civil.

O movimento conseguiu articular vários encontros que visavam à construção de uma Política de Saúde Mental mais humanizada que respeitasse os direitos dos usuários.

Dentre esses eventos destacou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, em desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, constituindo-se um marco no redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil.

No que se refere à Política de Saúde mental, algumas ações foram propostas nesta conferência, como a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a implantação de recursos assistenciais alternativos, como hospital-dia, lares protegidos, núcleos e centros de atenção psicossocial (AMARANTE, 1995).

Outro evento importante que se realizou no mesmo ano foi o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo, assim como havia sido a conferência de 1987. Esse evento representou a presença de associações de

usuários e familiares, com a participação de novas associações, o que imprimiu um caráter mais amplo, incorporando não apenas os trabalhadores de saúde mental como a aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões. Tal característica marcou uma renovação teórica e política do MTSM através de um processo de distanciamento do aparelho do Estado, incorporando novos atores.

Nesse congresso foi criado um documento intitulado de “Manifesto de Bauru”, documento este que originou o Movimento Antimanicomial. Com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, esse movimento tem o dia 18 de maio como data de comemoração no calendário brasileiro, do “Dia da Luta Antimanicomial”.

(...) o lema surgido deste Encontro de Bauru expressava uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica que marcaria os anos subsequentes, onde os eixos dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples posição entre serviços extra-hospitalares *versus* serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura (AMARANTE, 1997, p.170).

O Movimento da Luta Antimanicomial surgiu como estratégia dentro do movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica, com objetivo de ampliar suas bases de sustentação, que tinham se tornado restritas com a entrada das principais lideranças do movimento no aparelho do Estado. Esse movimento instituiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que perdura até os dias de hoje.

Esse movimento formado por intelectuais e setores da sociedade civil articulou discussões e reflexões de críticas à abordagem da loucura e sua relação com as instituições, os saberes e a sociedade. O Movimento da Luta Antimanicomial realizou várias articulações com núcleos de militância em várias esferas.

Com a promulgação da Constituição, em 1988, foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. A Constituição de 1988 representou a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil, em face da grave crise e demandas de enfrentamento das desigualdades sociais. Em seu artigo 196 a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária e alcançar visibilidade para a inclusão de suas demandas na agenda governamental. A 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 foi um marco para a construção de novas propostas para o setor saúde, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, propondo não somente um sistema único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2000). A Reforma Sanitária implica mudanças de ordem política e ideológica nas relações entre os serviços de saúde, trabalhadores, usuários e cidadãos.

Em decorrência desse processo de democratização da saúde, foi instituído o SUS através das Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tendo o horizonte do Estado Democrático e de cidadania plena. Esse sistema alicerça-se nos princípios do acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade de ações; equidade como o dever de atender igualmente a todos; descentralização dos recursos de saúde, garantindo boa qualidade o mais próximo dos usuários; controle social exercido pelos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde.

O Estado se modifica na dinâmica das forças sociais e políticas e, especialmente nos regimes democráticos, se configura como suporte e resultante da cidadania. A cidadania compreende o reconhecimento dos indivíduos e coletivos como sujeitos na construção histórica pela participação política, pelo exercício da autonomia e pela garantia que lhes é dada, num Estado de direito, das condições e meios de vida, tanto como direitos individuais, políticos e sociais (FALEIROS, 2000).

A Constituição de 1988 representou a extensão de direitos sociais, legitimando as lutas travadas pelos movimentos sociais. Essa nova política inseriu a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania.

A cidadania do louco é relativamente nova e ganhou espaço no processo de redemocratização do Estado. O louco era um cidadão que não foi reconhecido pelo Estado, expressando a condição negativa de cidadania.

A discussão acerca da cidadania no campo da saúde mental se relaciona com o processo de reinserção social. Entretanto, a noção de cidadania do louco é muito mais complexa que a extensão universal e acesso a bens.

A cidadania do louco se faz na luta cotidiana, intervindo nas representações acerca da loucura que reforçam o preconceito e a negação de direitos de cidadania a esse segmento. A discussão acerca de cidadania ao portador de transtorno mental tem ocupado papel importante no processo de Reforma Psiquiátrica, constituindo-se um grande desafio.

A noção de cidadania deve ser pensada ultrapassando a idéia de ora reivindicar direitos à assistência médica, ora lutar por direitos civis, por exemplo, o direito de ir e vir. A utilização desse modelo é a histórica quando se busca reivindicar direitos para grupos historicamente excluídos. Resgatar a cidadania do louco faz parecer pensar que este movimento pode restaurar algo que sempre esteve presente e momentaneamente lhe foi extraído. O padrão de subjetivação baseado na razão, e era este que indicava o apto a ser cidadão, exclui da vida social sujeitos marcados por outras subjetividades. Pensar uma concepção de cidadania para o portador de transtorno mental implica respeitar a subjetividade própria das pessoas. A questão da cidadania dos doentes mentais implica a discussão de um outro lugar social para a loucura, o que perpassa necessariamente o campo da cidadania (LEAL, 1994).

Birmam (1992) sinalizou que a positividade no reconhecimento do cidadão implicaria o restabelecimento dessa condição social, eliminando a sua subjetividade. O resgate político da condição cidadã do louco deve superar a idéia de torná-lo um cidadão nos moldes do que comporta a visão clássica de cidadania, reconstruindo essa noção através do reconhecimento de singularidades. A ressocialização e a reabilitação podem ser entendidas como um processo de restituição de poder contratual dos usuários, com vistas a ampliar a sua autonomia, gerar normas e ordens para a sua vida.

No ano de 1993 foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador na Bahia. Nesse evento foi elaborada uma carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. De acordo com o relatório final do I Encontro do Movimento Antimanicomial, esse movimento se constitui como movimento social, plural, independente, autônomo, devendo manter parcerias com outros movimentos sociais. Apontou que se faz necessário, ainda, manter um fortalecimento através de novos espaços de reflexão para que a sociedade se aproprie desta luta, como conselhos, fóruns, entidades de categorias, movimentos populares (VASCONCELOS, 2000a).

Um dos principais eixos da Reforma Psiquiátrica se referiu à questão da assistência psiquiátrica, superando o modelo asilar e construindo novas possibilidades de assistência. Para além dessa reestruturação, o que estava em pauta era a construção de outras formas de lidar com a loucura e delinear outro lugar social dentro das sociedades.

A Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como processo político e social, como um movimento que envolve forças, instituições sociais, incidindo sobre territórios heterogêneos, como as disciplinas universitárias, o imaginário social, a opinião pública, o

mercado de serviços de saúde, as corporações profissionais, grupos de família, governos e partidos políticos (DELGADO, 1992).

Se fosse oportuno, neste contexto complexo, questionar-se quanto ao principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, talvez fosse possível responder que seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (...). (AMARANTE, 1997, p.165)

Em linhas gerais, a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser entendida como o conjunto de transformações ocorridas na Política de Saúde mental a partir no final dos anos 1970. Propunha uma reestruturação da assistência exercida pela psiquiatria tradicional, centrada no modelo hospitalocêntrico e asilar, tendo como objetivo romper com a lógica institucionalizante e favorecedora da exclusão social. Implicou a criação de serviços substitutivos, com alternativas de atenção que preservassem os vínculos sócio-familiares do sujeito.

Em 1989, o Movimento da Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional a partir da intervenção da Secretaria de Saúde no município de Santos, ocasionando o fechamento do Hospital Psiquiátrico privado - Casa de Saúde Anchieta - após a constatação de maus tratos e até óbitos envolvendo seus internos. Com a intervenção, surgiu a possibilidade de desmontagem do aparato manicomial e conseqüente implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional. Essa rede foi composta por cinco Núcleos de Atenção Psicossocial que se configuravam como serviços abertos com funcionamento 24 horas, distribuídos por critérios de regionalização em toda a cidade. Além destes serviços, o município criou um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral, um projeto cultural com rádio comunitária, uma residência para ex-internos do hospital que não conseguiram ser reinseridos em suas famílias e uma cooperativa de trabalho (AMARANTE, 2008).

No contexto do cenário possibilitado através das reformulações no campo da saúde mental processadas em Santos, em setembro de 1989 surgiu o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado⁸, que se tornou o centro dos debates em torno da Reforma Psiquiátrica.

⁸ Em 1989 o deputado federal Paulo Delgado do PT/ MG encaminhou ao Congresso Nacional o projeto de Lei 3.657/89 que concretizava as idéias da Reforma Psiquiátrica prevendo a extinção progressiva dos manicômios

Consoante com diversas experiências internacionais de reforma da assistência psiquiátrica, juntamente com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas⁹ (1990), o Ministério da Saúde, a partir dos anos 1990, definiu a nova Política de Saúde mental. Esta política redirecionava paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária.

De acordo com Delgado (2002), o processo da Reforma Psiquiátrica deve ser considerado como uma “via de mão dupla”, no qual a redução de leitos em hospitais psiquiátricos deve ocorrer acompanhada da criação de serviços substitutivos - novos dispositivos de cuidado viabilizando o desmonte das instituições de caráter asilar promovendo a desinstitucionalização. Para isso, vem se processando a extinção progressiva dos manicômios, da lógica asilar, e sua substituição por dispositivos visando à integralidade das ações. Ou seja, serviços de atenção diária obedecendo aos níveis de complexidade e hierarquia nos atendimentos.

Para Vasconcelos (2000b) o paradigma da desinstitucionalização prevê um sistema de cuidado em saúde mental formado por um rol de serviços abertos e comunitários, em detrimento do modelo institucionalizante, que sejam capazes de assistir o usuário desde sua crise aguda até as necessidades mais amplas de caráter social. Paralelamente, esses serviços devem ser acompanhados de um arcabouço legal, para que de fato a Reforma Psiquiátrica venha a se tornar realidade.

No plano legal, tivemos o encaminhamento e debate sobre o projeto de Lei Paulo Delgado, que foi aprovado no dia 06 de abril de 2001 - Lei 10.216. A aprovação da lei, primeira Lei Federal e que estava em tramitação desde o final dos anos 80, constituiu-se um grande marco na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Prevê que a assistência deve promover a inserção social, dispor dos meios de tratamento menos invasivos possíveis, e a extinção progressiva dos manicômios. Dispõe ainda que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem

e a sua substituição por outros recursos assistenciais, além da regulamentação da internação psiquiátrica compulsória.

⁹ A Declaração de Caracas adotada pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1990, resultado de uma conferência sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde em Caracas, Venezuela, impulsionou o redirecionamento da assistência psiquiátrica também no Brasil. A declaração previa a adequação das legislações dos países, de forma que assegurassem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes, promovendo a reorganização dos serviços de assistência que garantam o cumprimento da legislação.

insuficientes e proíbe internações de pacientes em instituições de caráter asilar e que as internações involuntárias serão acompanhadas pelo Ministério Público (DELGADO, 2001).

Na esfera da assistência, foram aprovadas diversas portarias ministeriais viabilizando o financiamento estatal para novos serviços substitutivos ao hospital especializado convencional. As duas principais portarias do Ministério da Saúde que instituíram os serviços do tipo Núcleo de Atenção Psicossocial/ NAPS, Centro de Atenção Psicossocial/ CAPS e Hospital-dia, e deram início a esse processo foram as portarias 189/91 e 224/92. Diante da Portaria 224/92, os municípios ganharam grande impulso para realizar, de fato, uma reforma de base no sistema psiquiátrico nacional. A portaria federal prevê a criação de estruturas que possam fazer a mediação entre a internação e o ambulatório, oferecendo aos pacientes atendimentos clínico e psicoterapêutico. Essas portarias foram importantes na medida em que possibilitaram além do atendimento ambulatorial e das internações psiquiátricas, os atendimentos em serviços de atenção psicossocial, em hospitais-dias e em oficinas terapêuticas.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil propiciou no âmbito assistencial o surgimento de uma rede de serviços substitutivos alternativos ao modelo psiquiátrico tradicional, que centrava a assistência na internação.

Como novos dispositivos de atendimento encontramos o Hospital-Dia representando um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral.

O serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral funciona nos prontos-socorros gerais diariamente durante 24 horas e conta com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. Tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social em curto período de tempo.

As Residências Terapêuticas ou serviços residenciais terapêuticos¹⁰ são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospital psiquiátrico, hospitais de custódia ou em vulnerabilidade, resguardando os direitos de morar e circular nos espaços da cidade.

Os Centros de Convivência e Cultura podem ou não estar vinculados a um serviço de atenção diária. Constitui-se em espaços de troca de experiência, de convívio e aprendizado, buscando facilitar o desenvolvimento de aptidões dos usuários.

¹⁰ As residências terapêuticas ou serviços residenciais terapêuticos foram instituídos pela portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde.

Por fim, temos os CAPS, que são serviços de saúde abertos e comunitários, que se organizam como unidades regionalizadas e que trabalham com o modelo da reabilitação psicossocial, com oficinas e atividades em grupo destinadas ao tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes.

Em fevereiro de 2002 os CAPS e outros serviços substitutivos que têm surgido no país passaram a ser regulamentados pela Portaria 336/2002 e integram a rede do SUS, substituindo a portaria 224 de 1992.

O processo de expansão dos serviços de atenção psicossocial, os CAPS, apesar de serem regulamentados pelas portarias, foi descontínuo porque não existia uma linha específica de financiamento para esses serviços. Somente no ano de 2003 o Ministério da Saúde, através da portaria GM 1.455, estabeleceu incentivos financeiros únicos repassados fundo a fundo para cada CAPS implantado no país, superando o lento mecanismo de convênio entre o Ministério da Saúde e os municípios. Em 2004, através das portarias GM 1.935 e GM 245 do ano de 2005, os incentivos para os CAPS passaram a ser antecipados e repassados antes de o serviço estar em funcionamento, constituindo-se um importante mecanismo de indução da implantação desses serviços.

A reorganização da atenção em saúde mental contou com uma ampla expansão de serviços alternativos à internação em hospital psiquiátrico. Entretanto, entende-se que o CAPS desempenha papel fundamental no processo de inserção social dos usuários de saúde mental e se constitui serviço estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território.

1.3 O papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental

A Política de Saúde mental no Brasil tem como diretriz a redução progressiva dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede de serviços substitutivos de atenção psicossocial de caráter extra-hospitalar.

Atualmente os CAPS se constituem a principal estratégia para a substituição do hospital psiquiátrico, embora existam outros serviços intermediários à internação integral.

O primeiro CAPS do Brasil - CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira - foi inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo. Funcionava como uma unidade intermediária entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico, oferecendo uma atenção mais intensiva aos usuários com histórico de longas internações psiquiátricas que necessitavam de uma atenção diária.

A criação desses serviços fez parte de um intenso movimento social que buscava melhoria da assistência em saúde mental e denunciava a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Essas unidades devem significar uma mudança na forma de pensar e fazer psiquiatria, rompendo com a psiquiatria tradicional que, ao invés de tratar, só promoveu exclusão social.

Após a criação do primeiro CAPS, muitos outros serviços foram criados. Destaca-se a experiência de Minas Gerais com Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (...). (MS, 2004)

Em função dos princípios de regionalização e descentralização das políticas de saúde mental, os municípios são os territórios privilegiados para a implementação das novas políticas públicas do setor, políticas estas preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, bem como pela legislação em vigor.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS possuem como missão substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias (MS, 2004).

Os CAPS são definidos por porte, complexidade e abrangência populacional. Organizam-se no país de acordo com o perfil populacional nos municípios. De acordo com a portaria 336/2002, os CAPS podem ser classificados como CAPS I¹¹, CAPS II¹², CAPS III¹³,

¹¹CAPS I: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

¹²CAPS II compreendidos como serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes,

¹³CAPS III: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000, com atenção contínua durante 24 horas.

CAPSi,¹⁴ e CAPSad¹⁵, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional.

Os serviços do tipo CAPS se diferenciam quanto ao tamanho do equipamento (porte), estrutura física, capacidade de atendimento, número de profissionais, clientela atendida e diversidade nas atividades terapêuticas. De acordo com a especificidade da demanda, os serviços podem ser destinados a crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e transtornos psicóticos e neuróticos graves (MS, 2004).

Os CAPS I podem ser considerados os serviços de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental. Estes serviços têm equipe mínima de nove 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 (MS, 2005).

Os CAPS II são serviços de médio porte e a clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Possuem equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e superior (MS, 2005).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS, previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes e estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras. São serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno e internações curtas. A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana (MS, 2005).

Os CAPSi, são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, com equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e superior. Os CAPSad, são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; com equipe composta por 13 profissionais de nível médio e superior. (MS, 2005)

Os CAPS deverão funcionar com as seguintes características:

¹⁴CAPSi: Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.

¹⁵CAPSad: Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial, definido na Norma Operacional Básica à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas no território e/ou módulo assistencial;
- Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, e medicamentos excepcionais, dentro de sua área assistencial;
- Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas. (MS, 2004, p.32)

Os CAPS do tipo II, CAPsi e CAPSad poderão comportar um terceiro turno de funcionamento até às 21 horas. Os CAPSad deverão manter ainda de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Os CAPS III se diferenciam das demais modalidades de atenção por se constituir em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente e deverão estar referenciados a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

A portaria estabelece ainda que os CAPS devem estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensa e não-intensiva. O atendimento intensivo é destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; e atenção não-intensiva destina-se aos usuários que em função do quadro clínico podem ter uma freqüência menor no serviço.

Os CAPS não devem se configurar como locais em que se desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa. (MS, 2004, p.27)

A equipe técnica nos CAPS deve ser composta de médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico dos usuários, e profissionais de nível técnico. O número de profissionais se diferencia conforme porte e complexidade do serviço.

A assistência ao paciente nos CAPS inclui as seguintes atividades: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social.

1.4 A reformulação da assistência psiquiátrica: o caso do município de Volta Redonda

Tomaremos como ponto de partida a década de 1980 para discutir a reorganização das práticas em saúde, mais especificamente das práticas em saúde mental no município de Volta Redonda.

A conjuntura nacional dos anos de 1980 foi marcada por questionamentos por parte de vários movimentos sociais acerca do paradigma biomédico dominante nas políticas públicas, bem como pela busca de novos modelos alternativos de atenção em saúde, preconizado pelo projeto sanitário.

A rearticulação dos movimentos sociais tornou mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, ampliando as reivindicações de soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde existente.

A Constituição de 1988 veio incorporar o ideário do movimento sanitário e, segundo Pinheiro (2001), propiciou um reordenamento político e institucional para potencializar a ação dos municípios, cabendo a estes ampliar a oferta local de serviços básicos de saúde. Nesse sentido o contexto de redemocratização que a sociedade brasileira experimentou no final dos anos de 1980 se constituiu no cenário propício para importantes mudanças no campo das políticas de saúde e também para a Política de Saúde mental.

As premissas da Reforma Sanitária e princípios do SUS trouxeram a necessidade de reformulação da atenção à saúde no município de Volta Redonda.

Conforme aponta Pinheiro (2001), essa reorganização do sistema municipal de saúde de Volta Redonda implicou mudanças no que se refere a ampliação e qualificação dos serviços de saúde, pautados no princípio da integralidade da atenção através do acesso aos níveis hierarquizados da assistência.

Esse compromisso de transformar o modelo de atenção em saúde foi assumido pela gestão que ocupou a Prefeitura e a Secretaria de Saúde no ano de 1992 após eleições municipais, utilizando o ‘slogan’ “Em Defesa da Vida”. Para Pinheiro (2001), a idéia era a de

inverter o modelo de assistência em saúde pautado no princípio de que a saúde é um preceito para a qualidade de vida das pessoas.

Anterior a esse período, no ano de 1987, a rede pública de saúde de Volta Redonda possuía vinte e cinco unidades básicas de saúde, um hospital municipal (Hospital São João Batista), dois ambulatórios de referência e o Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), que prestava atendimento aos trabalhadores e dependentes e também atendia a comunidade através de convênio com o SUS (PINHEIRO, 2001).

Ainda segundo a autora, na ocasião da ocupação da nova gestão no ano de 1992, tendo à frente, como Secretária de Saúde, a médica Maria Aparecida Diogo Braga, a Secretaria de Saúde encontrava-se em profundo estado de depauperação e com unidades praticamente fechadas.

Numa perspectiva democrática, as propostas para a construção do SUS no município foram discutidas na III¹⁶ Conferência Municipal de Saúde realizada no ano de 1993. Essa conferência contou com a participação da comunidade, tendo como pauta das discussões a saúde, a cidadania, o controle social e o financiamento do setor de recursos humanos. A conferência originou a criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde. Foram instituídos, ainda, mecanismos de controle social por meio da criação de conselhos nos diversos níveis de decisão, como conselhos distritais, conselhos gestores de unidades e o conselho gestor do Hospital São João Batista.

Durante o período de 1993 a 1995, o processo de implementação desta gestão necessitou de um conjunto de medidas técnico-operacionais, medidas estas que impactaram em curto prazo como a redução de 30 % nas internações clínicas e 100% das internações psiquiátricas (PINHEIRO, 2001). Tais medidas estavam assentadas em quatro pilares específicos: extensão da cobertura, aumento da participação do setor público na prestação dos serviços de saúde, aumento da complexidade e resolutividade com intervenção em áreas estratégicas (PINHEIRO, 2001).

Várias ações pleiteadas na III Conferência foram concretizadas por meio de iniciativas inovadoras, tais como a incorporação da assistência odontológica, da medicina homeopática na rede de serviços públicos, a Reforma Psiquiátrica, a implantação do centro de testagem anônima para o vírus HIV e a descentralização das ações do controle da tuberculose.

¹⁶ A I Conferência Municipal de Saúde foi realizada no ano de 1987 e a II Conferência no ano de 1989, esta última excluindo a participação popular.

No que toca à assistência aos usuários de saúde mental, esta era, até então, oferecida através de dois hospitais especializados e conveniados aos SUS, Casa de Saúde Santo Antônio e Casa de Saúde Volta Redonda.

A Casa de Saúde Santo Antônio sofreu interdição ética pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro/ CREMERJ no dia 18 de março de 1993, em função de denúncias de estudantes de medicina da Fundação Oswaldo Aranha. Esses alunos realizavam estágio na clínica e denunciaram maus-tratos aos pacientes internos. Assim sendo, a Superintendência da Divisão de Controle da rede controlada da Secretaria Municipal de Saúde designou uma equipe de profissionais para realizar uma avaliação nas condições do atendimento prestado pelo hospital.

Como resultado desta avaliação observou-se a falta de manutenção da infra-estrutura, instalações precárias, existência de celas fortes com aparência de uso, ausência de prontuário único, bem como evolução em prontuários de profissionais como psicólogo, assistente social e enfermeiro.

Nas palavras¹⁷ do então prefeito, do ponto de vista de quem estava de fora, “parecia um grande comércio”, o que acabou se implantando com as clínicas particulares no Brasil inteiro. Em Volta Redonda não era muito diferente, pois o foco não era o doente e a internação era quase sempre uma imposição a todos que, eventualmente, tinham algum problema psiquiátrico.

Essa era a situação da Casa de Saúde Volta Redonda, hospital psiquiátrico de entidade jurídica de direito privado conveniado com o SUS. O hospital encontrava-se em funcionamento há 25 anos atuando segundo parâmetros da psiquiatria convencional. Naquele momento o hospital psiquiátrico se constituía o único lugar de assistência em saúde mental no município.

A Casa de Saúde Volta Redonda encontrava-se em estado pré-falimentar, conforme documento do diretor do hospital encaminhado à Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda. O hospital encontrava-se com dívidas com o SAAE, IPTU, ISS, vários funcionários tinham férias vencidas, estavam sem pagamento da segunda parcela do 13º salário e situação irregular frente ao INSS.

¹⁷ Estas foram as palavras do então prefeito do município em depoimento oral em novembro de 2007 para a dissertação de mestrado intitulada “Casa de Saúde Volta Redonda como lócus de implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda: a participação da enfermagem”.

Segundo informações¹⁸ da então Secretária de Saúde no ano de 1994, nesse período o Ministério da Saúde pressionava o poder público municipal para tomar medidas urgentes e priorizar mudanças na área da saúde mental, visto que os dois hospitais psiquiátricos do município estavam ameaçados de fechar. O município até o ano de 1994 só contava com esse atendimento de saúde mental. A reestruturação da saúde mental fez surgir a necessidade de criação de um Programa de Saúde Mental.

A partir deste momento o governo municipal iniciou uma série de discussões com o Conselho Municipal de Saúde, a Procuradoria Geral do Município, os proprietários dos imóveis (dois hospitais psiquiátricos) e os coordenadores dos programas da Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Desenvolvimento de Programas e Programa de Saúde Mental -, a fim de negociar estratégias para cumprimento da portaria ministerial nº 88/93¹⁹.

As condições da assistência oferecida pelos hospitais não atendiam às exigências do Ministério da Saúde, portaria ministerial nº 88/93, de 21 de julho de 1993. Esta portaria visava a melhores condições de assistência; número de profissionais que fosse capaz de assegurar um tratamento digno ao doente hospitalizado; instalações físicas adequadas; inexistência de cela forte; prontuário único; assistência de emergência dentro dos hospitais. A portaria nº 88/ 93 pressionava as autoridades locais para promover uma solução rápida para a crise constatada nos serviços de saúde mental do município.

As diretrizes da portaria ministerial nº 88/ 93 obrigavam todos os hospitais psiquiátricos a saírem da posição de psiquiatria I para III²⁰, contribuindo ainda mais para o agravamento da situação dos hospitais. Assim sendo, o hospital tinha que cumprir as determinações dessa portaria para não ser descredenciado pelo Ministério da Saúde por não cumprir as exigências deste.

Foi nesse contexto que ocorreu o fechamento do hospital Clínica Santo Antônio em março de 1994 com a desativação de 140 leitos psiquiátricos. Entretanto, 28 pacientes,

¹⁸ Estas foram as palavras da então secretária de saúde do município em depoimento oral em dezembro de 2007 para a dissertação de mestrado intitulada “Casa de Saúde Volta Redonda como lócus de implantação da Reforma Psiquiátrica no município da enfermagem: a participação da enfermagem”.

¹⁹ A portaria nº 88/93 se reportava às normas para atendimento hospitalar estabelecidas pela portaria ministerial 224/92, de 29 de janeiro de 1992. Segundo essa portaria os hospitais psiquiátricos devem oferecer as seguintes atividades: avaliação médica-psicológica e social; atendimento individual, atendimento grupal; abordagem à família; preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade, visando a prevenir a ocorrência de outras internações. Essa portaria proíbe terminantemente a reclusão dos pacientes em "espaços restritivos" nos hospitais especializados em psiquiatria.

²⁰ Essa portaria estabelece novos critérios para cobrança de procedimento. Nesse sentido a cobrança internação em psiquiatria I seria extinta da tabela SIH-SUS, devendo o hospital se adequar as novas exigências estabelecidas para cobrar Internação em Psiquiatria III.

considerados residentes, foram transferidos para a Casa de Saúde Volta Redonda. Parte dos leitos já estava sendo desativada, pois já havia intenção do proprietário da Clínica Santo Antônio em fechar o hospital em função da situação financeira da instituição.

De acordo com informações dos proprietários dos hospitais, não havia recursos financeiros para atender as exigências do Ministério da Saúde. De acordo com o relato do então Prefeito, a Casa de Saúde Santo Antônio foi fechada por não manifestar o desejo de manter seu funcionamento.

No que se refere à situação da Casa de Saúde Volta Redonda, no dia 28 de dezembro de 1993 o seu diretor apresentou um protocolo de intenções à Secretaria Municipal de Saúde para efetivar o acordo de co-gestão para manter o hospital aberto. O conteúdo desse protocolo previa que a Prefeitura Municipal de Volta Redonda se responsabilizasse por todos os débitos e assumiria os ativos do hospital. Garantiria ainda o emprego por no mínimo um ano para os funcionários.

Nesse sentido foi pensada a proposta de co-gestão para viabilizar a continuação da prestação dos serviços à comunidade, visto que naquele momento o hospital era o único no município a atender pacientes com transtornos mentais, estava ameaçado de descredenciamento pelo Ministério da Saúde e na época contava com 117 leitos em funcionamento.

Entretanto, os gestores municipais entenderam que a proposta de co-gestão seria inviável em função de a Prefeitura ter que disponibilizar todos os recursos financeiros, uma vez que o hospital não dispunha de tais recursos.

Nesse sentido, o poder público decretou intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda no dia 13 de abril de 1994 pelo Decreto Lei nº 5. 347, assinado pelo prefeito da época. O processo de intervenção objetivava adequar o hospital aos princípios e normas hospitalares federais, estaduais e municipais.

A intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda contribuiu para o redirecionamento do atendimento aos usuários do serviço, buscando a aproximação de um modelo não centrado na hospitalização através da criação de serviços extra-hospitalares.

Como parte das medidas de reformulações processadas pela prefeitura na Política de Saúde mental, em maio de 1994 a assessoria do Instituto Franco Basaglia foi contratada com o objetivo de reestruturar o perfil assistencial do hospital Casa de Saúde Volta Redonda, visando à redução do número de internações e ampliação de uma rede sócio-assistencial extra-hospitalar.

No ano de 1995 foram realizadas várias ações no caminho da transformação da assistência psiquiátrica. De acordo com o relatório do Programa de Saúde Mental, em janeiro de 1995 foi realizado o evento “A loucura tá na Rua”, contando com a presença do então Coordenador Nacional do Programa de Saúde Mental médico Domingos Sávio. Em abril do mesmo ano, foram realizadas várias palestras trazendo nomes importantes como o médico Paulo Amarante, Coordenador do Curso de Especialização em Psiquiatria Social da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

Dentre as várias ações realizadas, finalizamos mencionando o evento “A comunidade invade o Hospício”, contando com a participação de usuários, familiares, associações de moradores. Além disso, houve participações em programas de rádio e televisão abordando a Reforma Psiquiátrica no município.

O Programa de Saúde Mental do município registrou nessa época um número estimado de aproximadamente 700 usuários cadastrados. O objetivo era transferir a assistência dispensada pelo hospital psiquiátrico, constituindo-se um espaço de transição para a construção de uma rede de saúde mental.

Para operacionalização do desmonte do hospital psiquiátrico foi necessária a construção de uma rede de assistência, visando a garantir o atendimento em regime extra-hospitalar.

1.4.1 Rede de Saúde Mental em Volta Redonda: processo em construção

No ano de 1994 foi criado o ambulatório, que antes funcionava nas dependências da Casa de Saúde Volta Redonda, sendo transferido para as dependências do Pronto Socorro Municipal, buscando assessorar a unidade nos casos de urgência psiquiátrica. Foi criada ainda uma unidade para atendimento de egressos de internações na Casa de Saúde Volta Redonda, que no ano de 1995 passou a se constituir o primeiro serviço de atenção diária, denominado ‘Usina de Sonhos’. O objetivo do serviço era se constituir um local de assistência para receber pacientes com dificuldades, onde pudessem se expressar e organizar seus vínculos, para no final do dia retornar ao convívio de suas famílias²¹.

Inicialmente, este serviço foi criado levando-se em conta a perspectiva exposta antes, de vir a se constituir uma rede de cuidados extra-hospitalares e para substituir o modelo centrado no hospital psiquiátrico, ampliando a assistência restrita ao tratamento

²¹ Estas foram as palavras do então coordenador do Programa de Saúde Mental do município, Elton Márcio dos Santos Rodrigues em entrevista ao jornal “Saúde em Volta”. Ano 1. Nº 1. Julho de 1994.

medicamentoso e oferecer outras terapêuticas. Atualmente o serviço que antes atendia egressos do hospital, se constitui um CAPS destinado à clientela adulta e atende de acordo com o princípio da regionalização (RUIZ 2003).

Entretanto, sabemos que o papel do CAPS dentro do processo de Reforma Psiquiátrica é muito mais complexo que somente executar estas ações. O surgimento destes serviços possibilita a organização de uma rede que de fato possa ser substitutiva ao hospital.

O primeiro CAPS do município manteve a tradição do antigo ambulatório de egressos do hospital psiquiátrico. Essa situação causava grande incômodo para a equipe técnica que tinha expectativas iniciais de ser um serviço que de fato viesse a substituir o hospital, mas se afirmava cada vez mais como lugar de complementaridade em relação ao hospital psiquiátrico (RUIZ, 2003).

É função, por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares, ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (MS, 2005).

Obedecendo à proposta da construção de novas possibilidades de atenção e cuidado, em novembro de 1995 foi inaugurado o Centro de Saúde da Criança e do Adolescente – Viva Vida, referência no atendimento de crianças e adolescentes com quadros que exigissem assistência multidisciplinar no campo da saúde mental. Hoje esta unidade é credenciada pelo Ministério da Saúde como CAPSi destinado ao atendimento da clientela infanto-juvenil.

No ano de 1995 a rede de assistência em saúde mental no município de Volta Redonda estava composta por cinco unidades de atendimento, sendo dois destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, como a Escola Dayse Mansur e Centro de Saúde da Criança e do Adolescente “Viva Vida”, e outros três destinados à clientela adulta, ambulatório, serviço de atenção diária Usina de Sonhos e Casa de Saúde Volta Redonda.

A construção da rede de assistência à clientela adulta foi fundamentada em dois eixos: a intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda e as mudanças processadas no ambulatório que ainda funcionava segundo os padrões tradicionais da assistência em saúde mental. O ambulatório passou a oferecer atendimentos em grupo, à família, realizar ações na comunidade, reunião de equipe técnica, realizando ainda o pronto-atendimento, constituindo-se porta de entrada da rede para adultos.

Essa rede de assistência pautada nestes dois eixos em médio prazo objetivava o desmonte do hospício, da estrutura asilar e a transformação do ambulatório em um serviço de unidade dia. De acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica fundamentada na experiência italiana, a meta se constituía em extinguir os serviços tradicionais psiquiátricos como o hospício e também o ambulatório, substituindo esses serviços por unidades como CAPS e hospital-dia, que ofereçam o acolhimento intensivo dos usuários.

A lógica do Programa de Saúde Mental era criar paulatinamente uma rede de serviços para proporcionar a redução gradativa dos leitos, ocasionando o fechamento do hospital psiquiátrico.

Entretanto, alguns elementos são importantes para analisarmos a configuração do Programa de Saúde Mental no município de Volta Redonda. Ao mesmo tempo em que se anunciava a intenção de fechamento do hospital psiquiátrico, parte das contratações de profissionais era realizada pelo hospital. Tal fato pode se justificar em função de o hospital se constituir uma empresa privada, ainda que sob intervenção da prefeitura, possibilitando uma maior autonomia na contratação de recursos humanos. Estes contratos eram feitos sob regime da consolidação das leis de trabalho (CLT) (RUIZ, 2003).

Vale dizer que o hospital, ao longo destes 15 anos²² de funcionamento sob intervenção, financiava ainda outros recursos para a manutenção dos CAPS. Tal situação imprime uma característica peculiar no município, a Reforma Psiquiátrica estava centrada no hospital psiquiátrico.

Cabe ressaltar que também existia um grande número de profissionais trabalhando com vínculo precarizado, prestando serviço sob regime de recibo de pagamento autônomo (RPA), não tendo qualquer direito trabalhista. Somente no ano de 1995 a prefeitura municipal realizou concurso público para a saúde.

Diante de tal situação, o que se observa na rede de saúde hoje e que se reflete também na saúde mental, é o grande número de profissionais sem vínculo empregatício formal trabalhando por RPA. Esta situação traz um agravante na assistência que é a alta rotatividade de profissionais atuando nas unidades do programa.

Na época de construção da rede de saúde mental, ao mesmo tempo em que se observava uma precarização dos vínculos de trabalho, existia um grande incremento financeiro na área de recursos humanos, como ofertas de cursos de capacitação e financiamento para participação de profissionais em eventos científicos na área.

²² A Prefeitura Municipal de Volta Redonda decretou intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda em abril de 1994, tal processo se perdurou até junho de 2009 quando o hospital definitivamente encerrou suas atividades.

No que se refere ao fluxo de atendimento, este era operacionalizado através da realização de triagem no ambulatório, pela qual o usuário era aceito na rede ou não. Se apresentasse perfil, poderia ser internado na Casa de Saúde Volta Redonda ou ficar no próprio ambulatório. No caso de internação, após a alta, o usuário era encaminhado ao ambulatório ou à Usina de Sonhos.

A equipe que atuava no ambulatório era composta por 8 profissionais, dentre estes psicólogos, assistentes sociais e médico psiquiatra. A equipe técnica do CAPS Usina de Sonhos era composta de 12 profissionais: dois psiquiatras, uma enfermeira, quatro psicólogos, dois técnicos de enfermagem, uma secretária, uma auxiliar de cozinha e uma auxiliar de limpeza. Atendia no ano de 1995 aproximadamente 320 usuários. A equipe do ambulatório de Saúde Mental já apontava para a necessidade de ampliação de suas atividades, sinalizando que o ambulatório tinha o papel de cumprir em parte o atendimento alternativo que não fosse no hospital psiquiátrico, diminuindo o número de internações. Por outro lado, não dava conta de assistir os usuários que demandavam outro tipo de atenção mais extensa e acolhedora.

O objetivo consistia em aumentar a oferta e diversidade dos atendimentos visando à maior permanência dos usuários na unidade, fortalecendo o contato com familiares e proporcionando convívio social.

No ano de 1998 o CAPS Usina de Sonhos passou por um período de regionalização de suas ações, tornando-se referência para um distrito sanitário (II).

Em outubro de 1999, o ambulatório teve suas ações reformuladas sendo transferido para outro espaço físico que originou o terceiro CAPS do município, o Naps²³ Vila. A partir deste momento, o município passou a operacionalizar a proposta da regionalização do atendimento, uma das diretrizes do SUS. O Naps Vila passou a se constituir referência para a população adulta residente nos distritos sanitários I e III, e o CAPS Usina de Sonhos tornou-se responsável pelo atendimento dos distritos sanitários II e IV. Os demais serviços são destinados a toda população residente em Volta Redonda. Após a inauguração do Naps Vila, o ambulatório foi extinto e os seus pacientes foram referenciados à nova unidade.

O processo de implantação do serviço mostrou-se complexo na medida em que: 1- a regionalização apresenta aumento de demanda, visto que os egressos do hospital foram sendo referenciados ao serviço; 2- existia uma clientela que não necessitava de cuidados intensivos, mas que demandava atenção em saúde mental (baixa complexidade) uma vez que o ambulatório foi extinto; 3- A equipe técnica sofreu constantes mudanças em sua composição

²³ O Centro de Atenção Psicossocial Naps Vila foi assim denominado em função de já existir um serviço da Prefeitura, localizado no bairro de nome Vila Santa Cecília que utilizava a sigla CAPS.

devido à rotatividade de profissionais, em função dos seus vínculos empregatícios (em sua maioria, prestadores de serviço); 4- O serviço dispôs de poucos recursos materiais execução de suas atividades.

A equipe técnica foi formada pelos oito profissionais que trabalhavam no ambulatório²⁴, e foi acrescida de quatro. Todos profissionais de nível superior. A equipe do ambulatório já apontava a necessidade de um serviço de atenção diária, tendo em vista a demanda dos usuários que lá eram atendidos. O critério estabelecido para inserção da clientela em regime de CAPS foi a gravidade do quadro e seus reflexos no que se refere ao histórico de várias internações psiquiátricas, comprometimento das relações sociais, da autonomia, da capacidade laborativa, justificando, assim, a inserção em um dispositivo de cuidado intensivo.

Outro serviço que compõe a rede de assistência em saúde mental se refere à emergência psiquiátrica, que foi inaugurada em setembro de 2002, com os leitos psiquiátricos de curta permanência situados no Pronto Socorro municipal, Cais Aterrado, porta de entrada para qualquer situação que requeira atenção de urgência/ emergência de saúde.

Para Delgado (1997), atribui-se ao hospital geral a função crucial de prover os meios de internação, quando necessária, na ausência dos frenocômios. As emergências psiquiátricas seriam todas atendidas nos prontos socorros gerais, porta de entrada no sistema de saúde para pacientes de todos os tipos.

O relatório de gestão de saúde mental 2003-2006 do Ministério da Saúde (2007) sinalizou que naquele período a política de financiamento do Ministério da Saúde para os CAPS foi extremamente favorável à expansão da rede. Data deste período a criação de mais um CAPS do Programa de Saúde Mental do município, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas/ CAPSad, em funcionamento desde 2003, sendo cadastrado em 2007 pelo Ministério da Saúde.

Os CAPS existentes no município de Volta Redonda encontram-se cadastrados como CAPS II, compreendidos como serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população²⁵ entre 70.000 e 200.000 habitantes. A equipe de recursos humanos deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro

²⁴ A portaria 189/ 91 viabilizou o atendimento através de oficinas terapêuticas nos ambulatórios ampliados. A portaria MS 224 de 29 de janeiro de 1992, normatizou o funcionamento de vários serviços de saúde mental dentre eles o atendimento prestado em nível ambulatorial, que se destina a atendimento de pessoas com quadros de baixa complexidade sem comprometimento das relações sociais.

²⁵ De acordo com o senso do IBGE no ano de 2000 o município contava com uma população de 242 mil e 063 habitantes.

com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio.

A atual rede de saúde mental no município conta ainda com três residências terapêuticas inauguradas em junho de 2009 para receber os usuários egressos do hospital psiquiátrico que não foram reinseridos em suas famílias.

Ao longo deste capítulo falamos muito em novos dispositivos em saúde mental, serviços estratégicos e de referência na saúde mental. Estariam os CAPS no município de Volta Redonda cumprindo este papel? Os novos serviços podem reproduzir velhas práticas.

É nessa perspectiva que o capítulo II deste estudo busca avaliar a Política de Saúde mental implementada no município de Volta Redonda, a partir da experiência dos CAPS, serviços de referência da Reforma Psiquiátrica.

II O CAPS E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM VOLTA REDONDA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa, que consiste em um estudo avaliativo da Política de Saúde mental a partir dos CAPS no município de Volta Redonda. O capítulo traz ainda a análise dos dados e resultados da pesquisa realizada no âmbito do Programa de Saúde Mental com os trabalhadores e gestores. Analisamos a infraestrutura do programa, como cobertura, recursos humanos, rede de serviços, gestão. Por fim apresentamos a análise da fala dos profissionais, considerando aspectos da rede, assistência, organização do trabalho no CAPS e os efeitos produzidos a partir da assistência ofertada pelos serviços.

2.1 Percurso Metodológico

A avaliação em saúde mental ainda é um campo muito recente no Brasil. A necessidade de um processo de avaliação tornou-se um imperativo, tanto para a superação de modelos tradicionais, incapazes de estabelecer fluxos entre a implementação de determinada política ou programa e seus resultados, quanto para o controle e participação da sociedade civil organizada (ALMEIDA & ESCOREL, 2001, p.40).

Este trabalho consiste em um estudo de avaliação da Política de Saúde mental no município de Volta Redonda. A avaliação pode ser entendida como o “exame sistemático das atividades específicas desenvolvidas pelo governo para cumprir com as metas e produzir os efeitos esperados em conformidade com suas políticas e programas” (SUBRANDT, 1989 *apud* LOBO, 2006, p.78).

O processo de avaliação é caracterizado por estabelecer um julgamento de valores sobre uma determinada intervenção ou qualquer um de seus elementos, com o objetivo de auxiliar tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS 1997).

No campo da saúde mental, as mudanças esperadas e que devem ser promovidas pelos novos dispositivos de atenção diária se articulam à noção de inserção social, a partir da qual

se poderia gerar bem-estar permanente e cidadania. Identificar os impactos finais e os efeitos sobre a qualidade de vida, em especial sobre a cidadania da população, constitui-se um elemento indispensável na avaliação de políticas (LOBATO, 2004, p.103).

Em se tratando de processos, a avaliação se estrutura de forma que privilegie análises qualitativas. Nesse sentido, a avaliação não deve se limitar ao controle de dados quantitativos, mas qualitativos, que expressem o que mudou no grau de qualidade de vida, no acesso a renda e trabalho, no nível de participação social, na ocupação de espaços públicos pelos usuários destes serviços, entre outros aspectos.

Este estudo se refere a uma avaliação de processo e de efeitos que tem como foco o desenho, as características organizacionais de desenvolvimento dos programas, identificando os fatores que facilitam ou impedem que um dado programa atinja os resultados previstos.

As avaliações de processo, de natureza qualitativa, buscam identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e objetivos. Tais fatores podem ser entendidos como condições institucionais e sociais dos resultados. (DRAIBE, 2001, p.30)

Entretanto, os estudos de avaliação possuem alguns limites e um deles se refere à questão dos efeitos produzidos pela intervenção governamental. Isso decorre do fato de que as várias ações não produzem resultados em curto prazo. O tempo necessário para surtir efeito na vida dos usuários, principalmente em programas na área da saúde, é usualmente mais longo. Os efeitos positivos precisam de um conjunto de intervenções simultâneas, muitas vezes em articulação com outras políticas sociais (LOBO, 2006, p.80).

O processo de avaliação pode ser realizado sobre três enfoques: a avaliação da estrutura, avaliação de processo e avaliação de resultado. Na avaliação de estrutura analisam-se os recursos utilizados (físicos, humanos, materiais), considerando que boas pré-condições ou boa disponibilidade de recurso como força de trabalho, instalações e equipamentos, entre outros, tendem a gerar melhores resultados. A avaliação de processo já analisa as atividades desenvolvidas em termos de utilização de recursos qualitativos e quantitativos pela equipe em benefício do usuário. A avaliação dos resultados em saúde corresponde à análise das conseqüências na saúde de indivíduos e populações da atenção oferecida pelo serviço. A melhoria nas condições de reinserção social é a prova final de que a atenção foi positiva (DONABEDIEN, 1990 *apud* ALMEIDA & ESCOREL, 2001).

Inicialmente, foi realizada pesquisa documental no âmbito do Programa de Saúde Mental para a construção e escolha das variáveis. Posteriormente entrevistamos gestores, coordenadores e profissionais de quatro CAPS que compõem o Programa de Saúde Mental do Município, quais sejam: Centro de Atenção Psicossocial Naps Vila (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Usina de Sonhos (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Viva Vida (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de dependentes de álcool e outras Drogas (CAPSad). A seguir apresentamos as variáveis selecionadas:

TABELA I – Variáveis selecionadas da avaliação

DIMENSÃO	VARIÁVEL	FONTE
COBERTURA DE SERVIÇOS	Número de serviços do Programa de Saúde Mental e níveis de complexidade;	Relatório de Gestão Programa de Saúde Mental
	Ações oferecidas nos serviços e horário de funcionamento;	Relatório de Gestão Programa de Saúde Mental
	Número de pessoas assistidas nos serviços;	Relatório de Gestão Programa de Saúde Mental
	Número de leitos psiquiátricos;	Relatório de Gestão Programa de Saúde Mental
	Número de internações.	Departamento de Informação, Programação e Avaliação
FINANCIAMENTO	Número de APACS ²⁶ transferidas por modalidade aos serviços;	Relatório de gestão Programa de Saúde Mental
	Número de AIH'S ²⁷ faturadas.	Departamento de Informação, Programação e Avaliação
RECURSOS HUMANOS	Número de profissionais por serviço;	Entrevista com profissionais dos CAPS e gestores
	Incentivos de qualificação profissional.	Entrevista com profissionais dos CAPS e gestores
GESTÃO	Objetivos do Programa.	Entrevista ao gestor
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E FUNCIONAIS DOS TRABALHADORES	Sexo, idade, nível de escolaridade;	Entrevistas com profissionais dos CAPS
	Categoria profissional, tempo de serviço na unidade e na área, carga horária no serviço, vínculo profissional e especialização.	Entrevistas com profissionais dos CAPS

²⁶ Autorização para procedimento de alta complexidade.

²⁷ Autorização para internação hospitalar

REDE	Existência e tipo de Articulação com políticas intersetoriais no nível local;	Entrevistas com profissionais dos CAPS e gestores
	Articulação com Programa Saúde da Família.	Entrevistas com profissionais dos CAPS e gestores
REINSERÇÃO SOCIAL	Inserção da família na assistência;	Entrevistas com profissionais dos CAPS
	Atividades externas do serviço desenvolvidas com a comunidade.	Entrevista com profissionais dos CAPS e gestores
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CAPS	Existência de Projeto terapêutico, técnico de referência, supervisão institucional e reunião de equipe.	Entrevistas com profissionais dos CAPS
IMPACTO	Efeitos na vida dos usuários do programa;	Entrevistas com profissionais dos CAPS;
	Problemas ou entraves na Política de Saúde mental.	Entrevistas com profissionais dos CAPS e gestores

O modelo a ser construído para avaliação de serviços em saúde mental deve analisar questões que ultrapassam a dimensão da redução do sintoma e considerar outras variáveis importantes que não se limitam às avaliações quantitativas. As variáveis que subsidiam este estudo de avaliação são discutidas na análise dos resultados da pesquisa.

Durante a realização da pesquisa documental, identificamos a escassez de registros e sistematização das atividades do Programa de Saúde Mental. Deste modo, as entrevistas foram de suma importância para a construção do estudo.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretenciosa e neutra, uma vez que se insere como um meio de coletas de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ ou coletiva. (MINAYO, 1995, p.57)

Para selecionar os sujeitos, consideramos as diferentes formações dos profissionais que trabalham nos CAPS em geral: profissionais como psicólogos, médicos, assistentes sociais e enfermeiros. Nesse sentido, selecionamos quatro profissionais de nível superior de cada CAPS. Fizeram parte ainda, na condição de gestores, o coordenador do Programa de

Saúde Mental e o secretário de saúde do município, totalizando dezessete profissionais. O critério para escolha considerou as diferentes formações, tentando equacionar as áreas bem como a disponibilidade do profissional no serviço para participar da entrevista.

A análise dos documentos e entrevistas, ou seja, o tratamento dos dados foi feito com base na análise de conteúdo de Bardim (2009).

A análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIM, 2009).

Tratar o material é codificá-lo e a codificação corresponde a uma transformação dos dados do texto bruto que permite atingir representações do conteúdo. “A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo” (BARDIM, 2009, p.129).

Para analisar os documentos e entrevistas utilizamos a unidade de registro, que é a unidade de significação a codificar e que corresponde ao segmento do conteúdo. Neste estudo escolhemos o tema enquanto unidade de registro.

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios já pré-estabelecidos no estudo. Geralmente é utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e tendências. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação. As respostas a questões abertas e a entrevistas não diretivas ou mais estruturadas, sejam elas individuais ou em grupo, podem ser analisadas tendo o tema por base. (BARDIM, 2009).

Nesse sentido utilizaremos como categorias de análise os seguintes temas: Cobertura, Financiamento, Recursos Humanos, Gestão, Características sócio-demográficas e funcionais dos trabalhadores, Rede de serviços, Assistência, Reinserção Social, Impacto e Organização do trabalho no CAPS.

Os sistemas de saúde se definem por seus componentes e dinâmica, alguns desses componentes como Cobertura, Recursos Humanos, Recursos Econômicos, Rede de serviços, Insumos, Tecnologia e Conhecimento e Organizações, são muito utilizados em análises de políticas e serviços na área da saúde (LOBATO E GIOVANELLA, 2008).

2.2 O Cenário do Estudo: município de Volta Redonda

O município de Volta Redonda foi emancipado em 1954, por meio da Lei nº 2.185 de 17 de julho. Até então era considerado o oitavo distrito de Barra Mansa.

A região de Volta Redonda começou a ser desbravada pelos jesuítas por volta dos anos de 1727, sendo conhecida como “Sertão Bravio”. Nessa época, foi aberta uma estrada ligando a região a São Paulo. Em 1744, a região que se localizava em volta da curva do rio Paraíba do Sul foi denominada Volta Redonda. Inicialmente a região era explorada por garimpeiros em busca de ouro e pedras preciosas. Em função do declínio do ciclo do ouro em Minas Gerais, colonos mineiros vieram para a exploração agrária dessas terras.

No decorrer do século XIX, o café despontou como principal produto na região. A partir de 1862, teve início a construção de uma ponte ligando as duas margens do rio Paraíba. Essa obra proporcionou as condições para que a região tivesse uma estação ferroviária, que foi construída em 1864. Nos anos de 1875, a região ficou conhecida como povoado de Santo Antônio de Volta Redonda. Entretanto, anos mais tarde, em 1926, Volta Redonda conseguiu o seu estabelecimento como oitavo distrito de Barra Mansa.

A exaustão dos solos mais férteis e a liberação do braço escravo provocaram o declínio da cafeicultura e o êxodo rural, tendo a cultura do café cedido lugar à pecuária, evoluindo posteriormente para a produção leiteira. No final da década de 1930, com o desenvolvimento industrial em curso no país, a região foi escolhida para sediar, na década de 1940, a primeira usina da CSN, Usina Presidente Vargas (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2008).

O município de Volta Redonda pertence à Região do Médio Paraíba, que também abrange os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores e Valença.

O município ocupa uma área total de 182,0 quilômetros quadrados, correspondentes a 2,9% da área da Região do Médio Paraíba. Os limites municipais, no sentido horário, são: Barra Mansa, Barra do Piraí, Pinheiral e Piraí.

As principais vias de acesso são a rodovia BR-116, Rio – São Paulo, cujo acesso se dá pela BR-494; a BR-393; e a via da Rede Ferroviária Federal (RFFSA), que tem grande pátio de manobras destinado à descarga de matérias-primas para a Usina Presidente Vargas. A RJ-153, em trecho coincidente com a BR-494 segue rumo norte para a localidade de Nossa Senhora do Amparo, em Barra Mansa.

Conforme o último censo realizado em 2000, Volta Redonda tinha uma população de 242.063 habitantes, correspondente a 30,8% do contingente da Região do Médio Paraíba.

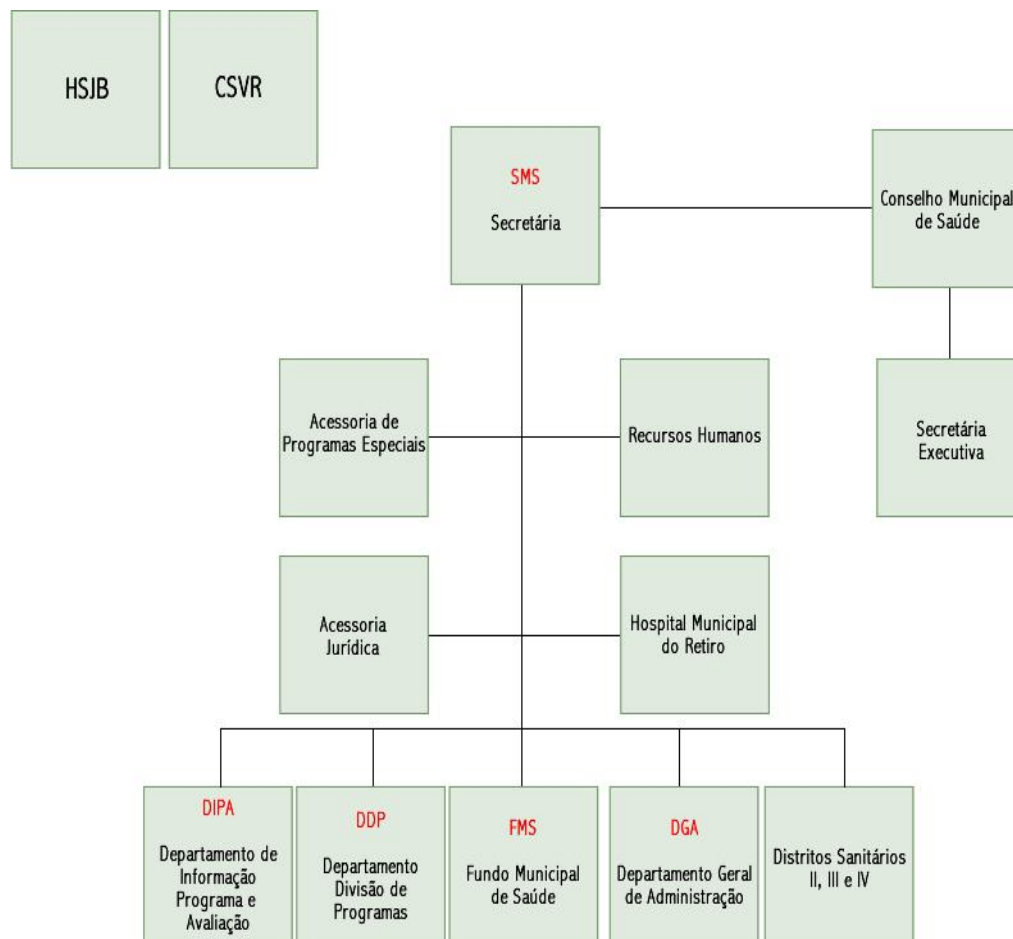
No que se refere à Política de Saúde, o município encontra-se habilitado à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, juntamente a outros dezenove municípios no Estado do Rio de Janeiro que possui no total noventa e dois municípios. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município é responsável por gerir e executar todas as ações e serviços de saúde no município; gerenciar todas as unidades ambulatoriais, hospitalares e de serviços de saúde estatais ou privadas; administrar a oferta de procedimentos de alto custo e complexidade; executar as ações básicas, de média e de alta complexidade de vigilância sanitária, de epidemiologia e de controle de doenças; controlar, avaliar e auditar os serviços no município; operar o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. A Política de Saúde no município está organizada e dividida em quatro distritos sanitários que oferecem serviços através de unidades de atenção primária (Unidades Básicas e Saúde da Família), unidades de urgência e emergência (CAIS²⁸ do Aterrado, CAIS Conforto, SPA²⁹ Santa Cruz, UPA³⁰ 24 Horas), unidades de média complexidade (Centros e Clínicas, Unidades de Saúde Mental, Policlínicas, Centro de Reabilitação de Fisioterapia, Centro de Imagem, Laboratório Municipal), hospitais públicos (Hospital São João Batista e Hospital Munir Rafful).

²⁸ Centro de Atendimento Intermediário de Saúde localizado no bairro Aterrado – CAIS ATERRADO.

²⁹ Serviço de Pronto Atendimento localizado no bairro Santa Cruz – SPA Santa Cruz.

³⁰ Unidade de Pronto Atendimento – UPA.

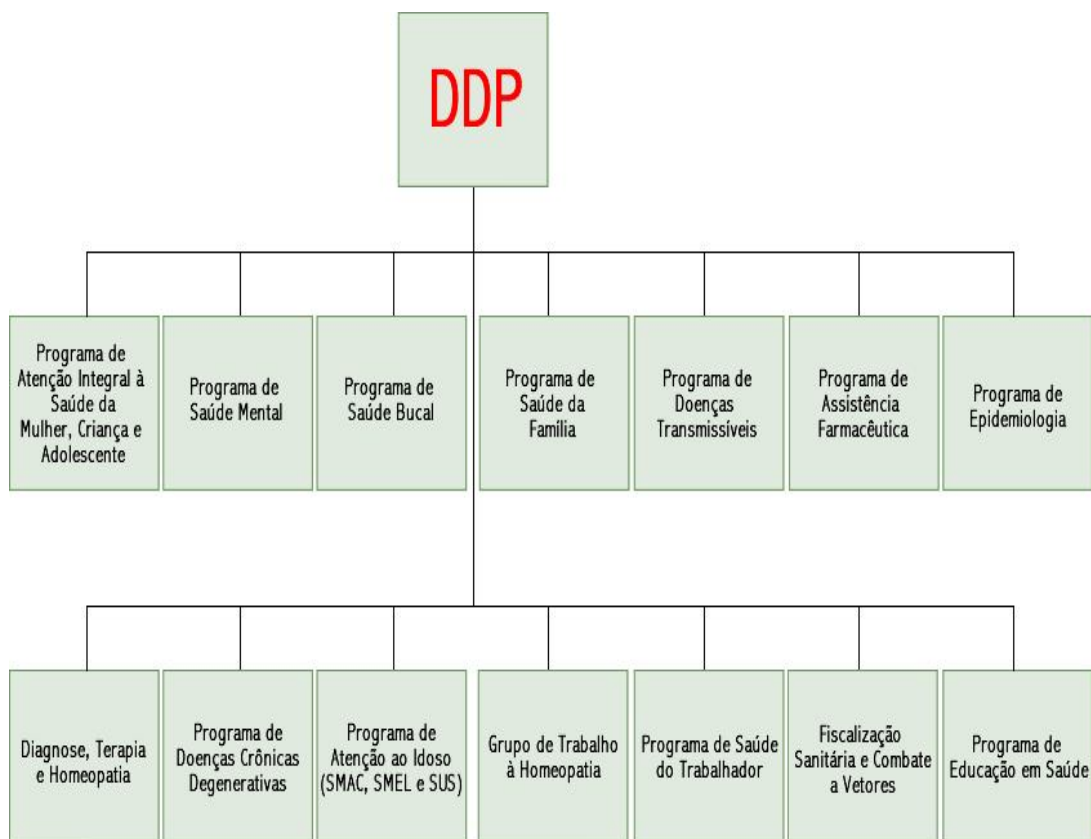
Organograma Secretaria de Saúde



Fonte: site da prefeitura municipal de Volta Redonda (www.portalvr.com)

Cabe ressaltar que a Casa de Saúde Volta Redonda, representada no organograma com a sigla CSV, fechou, não fazendo mais parte da estrutura da Secretaria de Saúde do município. A sigla HSJB se refere ao Hospital São João Batista.

Organograma Departamento de Desenvolvimento de Programas



Fonte: site da prefeitura municipal de Volta Redonda (www.portalvr.com)

O Programa de Saúde Mental do município está vinculado ao Departamento de Desenvolvimento de Programas da Secretaria Municipal de Saúde e é responsável pelo atendimento de quatro distritos sanitários, totalizando a cobertura de 247.063 habitantes (IBGE, 2002). Apresentaremos a seguir o estudo de avaliação realizado no âmbito do Programa de Saúde Mental.

2.3 Cobertura de serviços

2.3.1 Número de unidades e níveis de complexidade dos serviços do Programa de Saúde Mental

Para analisar a cobertura da rede de saúde mental no município, avaliamos a necessidade de identificar o número de serviços existentes no âmbito do Programa de Saúde Mental, bem como os tipos de serviço e os níveis de complexidade. Acreditamos que essas variáveis se configuram elementos importantes para pensarmos a premissa de criação, no território, de uma rede de serviços, de base comunitária, substitutivos ao hospital psiquiátrico conforme as premissas da Reforma Psiquiátrica.

A portaria 224 de 1992 do Ministério da Saúde prevê a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, como CAPS, Ambulatório, Hospital Dia, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral.

O Programa de Saúde Mental de Volta Redonda atualmente é composto por cinco CAPS, sendo três destinados a clientela adulta, um CAPSi destinado ao atendimento de crianças e adolescentes e um CAPSad para usuários de álcool e drogas. Apenas um CAPS, que foi inaugurado em Setembro de 2009, não está cadastrado pelo Ministério da Saúde, sendo, portanto, financiado com recursos do município. Este serviço não foi incluído neste estudo.

A portaria 336 de 2002 do Ministério da Saúde, que atualiza as diretrizes para funcionamento dos serviços tipo CAPS, prevê que os municípios com população acima de 200 mil habitantes devem possuir um CAPS para atendimento específico de crianças e adolescentes. Institui ainda que os municípios com mais de 100 mil habitantes devem dispor do CAPSad. Observamos que o município disponibiliza essa assistência à população, atendendo as diretrizes da portaria.

O programa possui também três residências terapêuticas e uma Unidade de Internação Psiquiátrica e Desintoxicação, que se situa no pronto socorro municipal - Centro de Atendimento Intermediário de Saúde - Cais Aterrado - com vinte e dois leitos (nove para internação de quadros agudos e treze leitos de desintoxicação). Atualmente o Programa de Saúde Mental atende 2.217 usuários em seus serviços.

2.3.2 Ações oferecidas nos serviços e horário de funcionamento

Os serviços oferecem assistência às pessoas em sofrimento psíquico, desde os transtornos que acometem crianças e adolescentes aos transtornos que são decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A rede de saúde mental oferece atendimento em regime de plantão durante 24 horas através de um pronto socorro municipal, onde também ocorrem as internações em leitos de curta permanência (72 horas). Os leitos de internação têm como objetivo cuidar da pessoa sem reproduzir o modelo de isolamento do hospital psiquiátrico. Os leitos foram criados para atender pacientes com quadros agudos, somente no período da crise, evitando a cronificação e o regime asilar.

A rede disponibiliza ainda serviços de residência terapêutica, que se configuram como casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. Essa estratégia busca desinstitucionalizar pessoas internadas por longos anos em hospitais psiquiátricos que não possuem suporte familiar. Vale dizer que em junho de 2009 o hospital psiquiátrico do município - Casa de Saúde Volta Redonda - foi fechado³¹; entretanto, antes mesmo do encerramento das atividades, já não recebia novas internações, oferecendo assistência somente para os pacientes com perda de vínculos familiares e sociais que se encontravam internados por muitos anos. Atualmente as residências abrigam 27 pessoas.

Os CAPS onde a pesquisa de campo foi realizada oferecem diversas atividades terapêuticas, como atendimento individual e em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, assembléia de usuários, visitas domiciliares e institucionais. O horário de funcionamento é de 8h a 18h de segunda a sexta feira e, apesar de a portaria 336 do Ministério da Saúde permitir que estes serviços do tipo CAPS II funcionem um terceiro turno até as 21h, no município nenhum CAPS comporta esse atendimento noturno. Por ofertar uma atenção diária, os usuários que permanecem por um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária e os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias. A seguir, apresentamos as atividades oferecidas nos serviços.

³¹ É importante ressaltar que existia uma ação na justiça em curso desde o ano de 1994, movida pelos proprietários da Casa de Saúde Volta Redonda (CSVR), solicitando aluguel do imóvel que tinha sido ocupado pela Prefeitura através de processo de intervenção. Essa ação durou até abril de 2009. 15 anos depois os proprietários conseguiram no Supremo Tribunal Federal fechar a CSVR por ordem judicial. O supremo tribunal deu ganho de causa aos proprietários e fez o município devolver o imóvel aos mesmos. A intervenção é feita para durar 365 dias, ela é anual e em Volta Redonda foi renovada 14 vezes.

2.3.3 CAPS Usina de Sonhos

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. (MS, 2004).

O CAPS Usina de Sonhos foi criado em setembro de 1995, constituindo-se o pioneiro no município. No ano de 2002, foi recredenciado como CAPS II para atender às exigências da portaria 336, que reorientou as normas para funcionamento dos CAPS.

Atualmente sua equipe técnica é formada por dezoito profissionais: um assistente social, cinco psicólogos sendo que um psicólogo é coordenador da unidade, um enfermeiro, uma professora de educação física, um médico psiquiatra, um médico clínico, um musicoterapeuta, um técnico de enfermagem, dois auxiliares de cozinha, um auxiliar de serviços gerais e três recepcionistas.

Entre as atividades desenvolvidas pelo serviço estão cinco oficinas terapêuticas: “Oficina de Arteterapia”, “Oficina de Higiene e Saúde”, “Oficina Mente e Corpo”, “Musicoterapia” e “Oficina de Jardinagem”.

A unidade possui sete grupos de psicoterapia e cinco grupos de acolhimento para atendimento de pessoas que procuram o serviço para atendimento de primeira vez. Durante todos os dias da semana é realizado um grupo de convivência aberto com os usuários que estão passando o dia na unidade.

A unidade atualmente é referência para atendimento dos distritos sanitários II e IV, possuindo quinhentos e noventa usuários cadastrados.

2.3.4 NAPS Vila

Em outubro de 1999, foi inaugurado o terceiro CAPS, sendo denominado Núcleo de Atenção Psicossocial Vila – NAPS Vila. A unidade foi recredenciada pelo Ministério da Saúde na modalidade CAPS II no ano de 2000. A equipe técnica é formada por três médicos psiquiatras, três psicólogos, um coordenador psicólogo, uma assistente social, uma enfermeira, um professor de educação física, duas arte-educadoras, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, uma copeira, três auxiliares administrativos e um recreador. A unidade possui um total de 20 profissionais, sendo doze profissionais de nível

superior e oito profissionais de nível fundamental e médio. É o serviço que possui maior número de usuários referenciados e, conseqüentemente, maior quadro de funcionários também.

A unidade atualmente assiste seiscentos e oitenta pacientes moradores dos distritos sanitários I e III. O serviço oferece nove oficinas terapêuticas como: “Oficina de Tricô”, “Oficina de Cestaria”, “Oficina de Desenho”, “Oficina de jogos”, “Oficina de saídas programadas na comunidade”, “Oficinas de trabalhos manuais ecológicos”, “Oficina Temática”, “Oficina de culinária sabores da vida” e “Oficina de Jornal”. A unidade possui dois grupos terapêuticos, um destinado a usuários em tratamento para depressão, “Xô Depressão”, e outro de reflexão.

Existe ainda a assembléia de usuários e o grupo de família, além de uma comissão de festas e eventos comemorativos de datas. As assembléias de usuários se constituem um importante dispositivo de participação social dos usuários. São consideradas como um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. Devem reunir técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (MS, 2004).

2.3.5 CAPSi Viva a Vida

O CAPSi Viva a Vida foi inaugurado em novembro de 1995, sendo conhecido também por Centro de Saúde da Criança e do Adolescente Viva a Vida. A assistência é destinada ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, como os transtornos por autismo, psicoses e neuroses graves. Atualmente assiste cento e setenta crianças e adolescentes. Foi recredenciado pelo Ministério da Saúde no ano de 2002 passando a configura-se CAPSi. As atividades oferecidas são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas. As atividades sociais devem privilegiar o espaço da escola como importante espaço de socialização. A equipe técnica é formada por um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, dois médicos psiquiatras, uma fonoaudióloga, quatro psicólogos sendo que um assume a função de coordenação da unidade, um professor de educação física, dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais e dois

receptionistas, totalizando dezesseis profissionais, sendo dez profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio e fundamental.

Os atendimentos oferecidos na unidade são realizados através de atendimentos individuais, acolhimento de plantão, grupos terapêuticos (grupo de família e grupo de adolescentes), e três oficinas terapêuticas sendo “Oficina de Reciclagem”, “Oficina Cultural” e “Oficina de Bijuteria”.

2.3.6 CAPS AD

O CAPSad foi cadastrado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, aprovado no âmbito estadual pela comissão Intergestores Bipartite no ano de 2002. Encontra-se em funcionamento desde 2003, e atualmente atende seiscientos e cinquenta usuários. Sua equipe é formada por sete psicólogos, sendo que um assume a função de coordenação da unidade, uma assistente social, dois conselheiros em dependência química, um enfermeiro, dois médicos psiquiatras, três técnicos de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais, dois administrativos e três receptionistas.

Entre as atividades oferecidas pelo CAPSad encontramos o atendimento individual com equipe interdisciplinar e cinco oficinas terapêuticas, “Oficina de jardinagem”, “Oficina de esporte”, “Oficina de música”, “Oficina criatividade” e “Oficina de artesanato”. Além desses atendimentos, o CAPS possui oito grupos terapêuticos e espaço de reunião de família.

Entre as oficinas percebemos a existência de oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização e atividades esportivas.

Os atendimentos individuais se realizam com vários profissionais, como médicos, assistentes sociais e psicólogos, para prescrição de medicamentos, orientações e atendimento de psicoterapia.

Observa-se que não existe nenhuma atividade comunitária desenvolvida com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade. Essas atividades são de grande importância viabilizando as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral.

Os atendimentos à família são realizados através das reuniões de família ou atendimentos individualizado a familiares, como visitas domiciliares para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.

Podemos perceber que os CAPS não desenvolvem atividades comunitárias que envolvam pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade, como festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.

O CAPSad representa um avanço na rede assistencial do município, tendo em vista se constituir um dos dois únicos serviços da região do Médio Paraíba a ofertar esse tipo de atendimento à população.

2.4 Números de Internações

As internações em hospital psiquiátrico foram gradativamente sendo substituídas pelos leitos de curta permanência, em funcionamento no pronto socorro municipal.

No ano da intervenção (1994) da prefeitura municipal no hospital - Casa de Saúde Volta Redonda -, existiam em funcionamento cento e dezessete leitos, destes quarenta e quatro leitos femininos e setenta e três leitos masculinos. A tabela abaixo ilustra a redução gradativa processada entre os anos de 1994 a 2009.

TABELA II – Leitos psiquiátricos Casa de Saúde Volta Redonda

ANO	TOTAL DE LEITOS	LEITOS OCUPADOS ³²
1994	117	117
2000	117	76
2004	117	45
2005	117	59
2006	95 ³³	40
2007	95	35
2008	95	40
2009	95	27

Fonte: Relatório de Gestão Casa de Saúde Volta Redonda 2005 e 2008.
Relatório de Gestão Programa de Saúde Mental 2003, 2005, 2007 e 2008.

³²O número de leitos ocupados se refere aos períodos em que houve maior ocupação, existindo meses do ano em que essa ocupação foi inferior.

³³ Descredenciamento de 22 leitos no ano de 2006.

De acordo com informações do relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda, no ano de 2005 existiam vinte e três usuários moradores do hospital e em 2006 e 2007 existiam vinte e nove usuários considerados residentes. Nestes períodos os demais leitos eram ocupados por pacientes com quadro agudo que necessitavam do recurso da internação. Desde 2006 o hospital vinha trabalhando com uma média de quarenta leitos, divididos entre usuários crônicos considerados residentes em função dos longos anos de institucionalização e usuários agudos que se internam nos períodos de agudização do quadro. No ano de fechamento do hospital, 2009, existiam vinte e sete usuários residentes que foram transferidos para as residências terapêuticas.

Cabe ressaltar que a partir de setembro de 2002, com a inauguração dos leitos de curta permanência na emergência psiquiátrica, a Casa de Saúde Volta Redonda deixou de ser a porta de entrada para internações, contribuindo para a redução do número de internações, que só ocorriam no hospital quando os leitos de urgência não tinham disponibilidade de vagas.

Conforme os dados do relatório de gestão de 2006 do Programa de Saúde Mental, no ano de 2005 foram realizadas quinhentas e noventa e sete internações nos leitos de urgência em psiquiatria do pronto socorro municipal.

TABELA III – Internações Cais Aterrado ano 2005

CAIS ATERRADO	INTERNAÇÕES/2005
Intoxicação por álcool	259
Tratamento em psiquiatria em hospital geral	338
Total	597

Fonte: Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental 2005

Do total de quinhentas e noventa e sete internações, duzentas e cinquenta e nove se referem às internações para desintoxicação nos leitos de dependência química. Das trezentas e trinta e oito internações realizadas no ano de 2005 na enfermaria de psiquiatria, tivemos uma média de 28,16 internações por mês. Nesse período a Casa de Saúde Volta Redonda também realizava internações, recebia transferências do Cais Aterrado quando o quadro do paciente não se estabilizava em 72 horas e havia necessidade de liberar vagas para receber novos casos de internação. Vale ressaltar que nos meses de setembro e outubro a emergência do Cais Aterrado funcionou na Casa de Saúde Volta Redonda, aumentando, assim, o número de internações no período se comparado com outros. No ano de 2005, a Casa de Saúde realizou

duzentas e cinquenta e quatro internações, sendo duzentas e dezesseis do município e trinta e oito de fora. Somado ao número de internações nos Cais Aterrado, temos um total de quinhentas e noventa e duas internações na área de psiquiatria. É importante ressaltar que muitas vezes os usuários são os mesmos que inicialmente estiveram internados no pronto socorro e demandaram internação na Casa de Saúde Volta Redonda, contribuindo para um aumento significativo nesses números.

TABELA IV – Internações
Casa de Saúde Volta Redonda ano 2005

CASA DE SAÚDE VOLTA REDONDA		INTERNAÇÃO/2005
MÊS	AGUDOS	CRÔNICOS
Jan.	17	24
Fev.	22	24
Mar.	25	24
Abr.	14	24
Mai.	14	23
Jun.	21	23
Jul.	17	23
Ago.	35	23
Set.	41	24
Out.	31	23
Nov.	11	23
Dez.	6	23
Total	254	281

Fonte: Relatório de Gestão da Casa de Saúde Volta Redonda 2005

A Casa de Saúde Volta Redonda internou no ano de 2004 um total de duzentos e dezessete usuários, sendo que cento e cinquenta e três eram munícipes de Volta Redonda e sessenta e quatro eram residentes de outros municípios. Já no ano de 2006, foram internados um total de cento e setenta e cinco usuários, destes cento e quarenta e sete eram de Volta Redonda e vinte e oito de outras cidades. Em 2007 o hospital teve um total de 90 internações

no ano, conseguindo reduzir esse número em comparação a períodos anteriores. Entretanto, essas informações não nos permitem muita comparação em termos de se pensar a redução do número de internações no município.

Durante um ano no período que antecedeu o seu fechamento, a Casa de Saúde Volta Redonda parou de receber transferências do Cais Aterrado, assistindo somente os vinte e sete residentes que posteriormente foram para as residências terapêuticas. Atualmente o município disponibiliza vinte e dois leitos de curta permanência no pronto socorro municipal, sendo treze para desintoxicação e nove para psiquiatria. O número de internações no ano de 2009 abaixo se refere tanto às internações nos leitos de desintoxicação como de psiquiatria.

TABELA V – Internações Cais Aterrado 2009

CAIS ATERRADO	INTERNAÇÕES/2009
Janeiro	61
Fevereiro	48
Março	113
Abril	107
Maiο	147
Junho	41
Julho	42
Agosto	44
Setembro	21
Outubro	14
Novembro	16
Dezembro	22
Total	676

Fonte: Entrevista Coordenação do Programa de Saúde Mental

Os dados apontam que o município conseguiu extinguir as internações de longa permanência em caráter asilar, mas enfrenta ainda o desafio de proporcionar outros recursos terapêuticos para reduzir a utilização do recurso da internação. No ano de 2005 o total de internações foi de quinhentos e noventa e duas, quando as internações ainda eram realizadas tanto no pronto socorro como na Casa de Saúde Volta Redonda. Comparando com o ano de 2009, só com o funcionamento dos leitos no pronto socorro do município, observamos um

aumento significativo representando um total de seiscentos e setenta e seis internações. Entretanto, observa-se no período de junho a dezembro uma redução dessas internações, representando um avanço nesse sentido, conforme demonstra o quadro acima.

Estima-se que as doenças mentais aumentaram como decorrência do aumento da expectativa de vida. Os transtornos mentais e comportamentais são comuns em todos os países, atingindo 450 milhões de pessoas no mundo (OMS, 2001 *apud* KANTORSKI, *et al*, 2009).

2.5 Financiamento

Os procedimentos específicos de um CAPS são os atendimentos intensivos, semi-intensivos e não-intensivos, que são cobrados através das APACs³⁴. Os valores dos procedimentos são definidos pela portaria 189 de 2002. O financiamento das APACs vem do Ministério da Saúde através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC. Isso desobriga os fundos municipais de saúde a custear os CAPS, passando estes a serem financiados com recursos “extra-teto”.

A cobrança por APAC se refere ao conjunto de atendimentos, como atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, atendimento à família e atividades comunitárias.

Os atendimentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos variam conforme a frequência dos usuários nos CAPS e dependem de seu projeto terapêutico. A diferenciação da frequência ao serviço significa o número de diárias remuneradas pelo sistema APAC financiadas com recursos específicos para essa finalidade.

O número de APACs transferidas por modalidades (intensiva, semi-intensiva e não-intensiva) nos permite conhecer a complexidade dos casos assistidos pelos CAPS. Essa variável também é importante para sinalizar o aumento dos gastos com a rede extra-hospitalar, em especial investimentos nos serviços do tipo CAPS em substituição à tradição histórica de investimentos maciços na atenção curativa no Brasil. O número de serviço do tipo CAPS no período de 2003 a 2006 mais que dobrou. Historicamente a assistência extra-hospitalar em saúde mental era praticamente inexistente (MS, 2007).

³⁴ Autorização para procedimento de alta complexidade. É um subsistema integrante do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

**TABELA VI - Comparativo de APACS por Unidade
CAPS Viva a Vida - Ano 2007 e 2009**

CAPS Viva a Vida	2007	2009
Janeiro a março	102	145
Abril a junho	107	177
Julho a setembro	118	165
Outubro a dezembro	121	170

Fonte: Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental 2007 e
Entrevista coordenação do Programa de Saúde Mental

O número de APACs faturadas pelos serviços aumentou do ano de 2007 para o mesmo período no ano de 2009. Não foi possível fazer essa comparação com o NAPS Vila, tendo em vista a dificuldade de encontrar as informações do período de 2007. Abaixo quadro comparativo CAPS Usina de Sonhos.

**TABELA VII - Comparativo de APACS por Unidade
CAPS Usina de Sonhos - Ano 2007 e 2009**

CAPS Usina de Sonhos	2007	2009
Janeiro a março	248	382
Abril a Junho	278	379
Julho a setembro	285	379
Outubro a dezembro	235	389

Fonte: Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental 2007 e
Entrevista coordenação do Programa de Saúde Mental

O CAPSad só começou a faturar pela modalidade de APAC, segundo relatório de gestão do Programa de Saúde Mental de 2007, em outubro de 2009. Por esse motivo também não apresentamos quadro comparativo. Os dados se repetem, pois as autorizações das APACs têm validade de três meses. Entretanto, os dados obtidos apontam para a ampliação da cobertura e do financiamento em função da criação de novos serviços na rede de saúde mental do município na direção de substituição da lógica manicomial.

Ainda com relação às APACs, desdobramos o total dos atendimentos dos CAPS por níveis de complexidade de atendimento:

Tabela VIII - APACS por nível de complexidade CAPS Viva a Vida

CAPS Viva a Vida	Atendimento Intensivo		Atendimento Semi Intensivo		Atendimento Não Intensivo	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Ano						
Janeiro a março	20	17	48	45	34	83
Abril a junho	20	18	49	67	38	92
Julho a setembro	31	19	50	70	37	76
Outubro a dezembro	14	18	43	64	64	88

Fonte: Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental 2007 e Entrevista coordenação do Programa de Saúde Mental

Tabela IX - APACS por nível de complexidade CAPS Usina de Sonhos

CAPS Usina de Sonhos	Atendimento Intensivo		Atendimento Semi Intensivo		Atendimento Não Intensivo	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Ano						
Janeiro a março	49	134	104	68	95	180
Abril a junho	65	147	107	66	106	166
Julho a setembro	58	147	113	66	114	166
Outubro a dezembro	21	157	98	67	116	165

Fonte: Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental 2007 e Entrevista coordenação do Programa de Saúde Mental

A maioria dos usuários que freqüentam o serviço o faz em modalidade não intensiva. É de se esperar que os usuários que demandem atendimento intensivo progressivamente vão deixando de precisar comparecer diariamente no CAPS. Entretanto, esse dado nos faz refletir sobre uma outra questão, se estaria o CAPS sendo o lugar de referência para atendimentos intensivos em saúde mental, uma vez que se constitui referência para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Os usuários que apresentam grande sofrimento psíquico podem ser aqueles que apresentam mais dificuldade de adesão ao tratamento.

A frequência do usuário nas atividades do CAPS deve estar prevista em seu projeto terapêutico e deve ser realizada conforme parâmetros psicossociais e clínicos. A mudança de uma forma intensiva é altamente desejada, quando realizada progressivamente, a depender da evolução do quadro clínico do paciente.

No que se refere às internações em psiquiatria nos leitos de atenção integral, as mesmas são cobradas por AIHs³⁵. Em relação às AIHs faturadas em psiquiatria no ano de 2008 e 2009, percebe-se uma redução nesse número de setecentas e oitenta e cinco para seiscentas e oito internações, conforme informações da base de dados do DATASUS.

Tabela X – Internações Psiquiátricas 2008 e 2009

Mês	Internações Ano de 2008	Internações Ano 2009
Janeiro	67	56
Fevereiro	60	29
Março	79	64
Abril	65	52
Maiο	64	50
Junho	72	53
Julho	68	53
Agosto	51	53
Setembro	57	44
Outubro	68	45
Novembro	59	52
Dezembro	75	57
Total	785	608

Fonte: DATASUS

O Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda vem assumindo o compromisso com as propostas da Reforma Psiquiátrica, demonstrando que é possível substituir o hospital psiquiátrico por cuidados em meio aberto.

³⁵ Autorização para internação hospitalar

2.6 Características sócio-demográficas e funcionais dos trabalhadores

Apresentaremos a seguir um breve perfil dos trabalhadores do Programa de Saúde Mental que foram entrevistados. Esta pesquisa foi realizada com quinze profissionais de nível superior que compõem as equipes dos CAPS e dois gestores, totalizando dezessete entrevistados. Entretanto, as características sócio-demográficas e funcionais se referem apenas aos trabalhadores.

No CAPS Viva a Vida só foi possível realizar três entrevistas, e não quatro, como previsto inicialmente. No dia da realização da entrevista só existiam no serviço três profissionais de nível superior, alguns estavam de férias e um dos médicos estava afastado de licença médica havia alguns meses.

Os profissionais em sua maioria são do sexo feminino, significando treze mulheres e dois homens, com idade entre 25 e 52 anos, sendo quatro profissionais na faixa etária de 25 a 30 anos; dois entre 40 e 45 anos, quatro na faixa etária de 46 a 50 anos e um com 52 anos.

Quanto à formação e escolaridade, todos possuem nível superior, sendo que oito possuem pós-graduação, dos quais seis possuem especialização e dois dos profissionais possuem mestrado.

Observamos uma predominância de psicólogos entre os profissionais, representando um total de dez entrevistados, três assistentes sociais, uma enfermeira e uma musicoterapeuta. Ressaltamos que todas as assistentes sociais do programa foram entrevistadas, tendo em vista que o programa possui três profissionais distribuídas em três CAPS, sendo que um não dispõe desse profissional no momento.

Os profissionais psicólogos representam a maioria dos trabalhadores do Programa de Saúde Mental, por isso foi a categoria profissional que obteve maior representatividade nas entrevistas. Outro fator que também contribuiu se refere ao fato de que todos os cargos de coordenação das unidades são exercidos por profissionais psicólogos. Na região do Médio Paraíba, esses cargos de coordenação são exercidos por outros profissionais também. No município de Barra Mansa, que possui dois CAPS, um CAPS II é coordenado por psicólogo e o CAPSi coordenado por uma professora de educação física. O município de Pinheiral possui um CAPS I coordenado por profissional psicólogo. O município de Barra do Piraí também possui apenas um CAPS I coordenado por um médico psiquiatra e já Piraí também possui um CAPS I que é coordenado por um profissional psicólogo. O município de Resende possui três CAPS: CAPS II, coordenado por uma assistente social; CAPSi e CAPSad, ambos coordenados por psicólogos. Já Porto Real e Quatis possuem um único CAPS que é

consorciado entre os dois municípios e este serviço é coordenado por um professor de educação física. Finalizando os municípios da região que possuem CAPS, temos Itatiaia, que possui um CAPS I coordenado por uma musicoterapeuta. Entretanto, podemos perceber novamente uma predominância de profissionais psicólogos nos cargos de coordenação. Essa questão é importante para refletirmos se essa predominância de profissionais psicólogos atuando no programa, como também nos cargos de coordenação, representa a derrocada do saber médico na área da psiquiatria. Ou ainda, se evidencia uma hegemonia de profissionais da área “psi”, deslocando esse poder dos médicos para os profissionais psicólogos.

No que se refere aos recursos humanos, a portaria 336/2002 prevê que a equipe técnica deve ser composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico do paciente. Os CAPS estudados possuem essa diversidade de profissionais em sua equipe técnica. Entretanto, não possuem nenhum enfermeiro como formação em saúde mental, conforme preconiza a portaria.

Ressaltamos a dificuldade em entrevistar o profissional médico tendo em vista que, durante as visitas às instituições, apenas em uma o médico encontrava-se no momento, mas em função do volume de usuários aguardando não foi possível realizar a entrevista. Isso pode ser explicado em função da carga horária desses profissionais, que costuma ser inferior à dos demais profissionais, enquanto que a remuneração costuma ser maior. Na região existe uma carência de médicos psiquiatras, o que acaba contribuindo para uma maior flexibilização no que se refere à carga horária e condições salariais.

Com relação ao tempo de trabalho na unidade, ressaltamos que somente dois profissionais encontram-se inseridos nestes serviços desde a data de sua criação. A maioria dos profissionais, ou seja, dez pessoas trabalham por um tempo médio de um ano e meio a três anos. Isso aponta para a rotatividade de profissionais nos serviços. Quanto ao tempo de trabalho na área da saúde mental, apenas dois dos entrevistados já trabalharam anteriormente na área. O profissional que trabalha há quatorze anos na saúde mental trabalha no CAPS há nove anos e o outro profissional que trabalha na unidade há oito anos trabalha na saúde mental há dez anos. A grande maioria tem essa experiência no CAPS como a sua primeira experiência de trabalho, representando treze profissionais. A tabela abaixo ilustra o tempo de trabalho dos profissionais nos CAPS.

TABELA XI – Tempo de trabalho dos profissionais na Unidade

Tempo de Trabalho na unidade	Número de profissionais
7 meses	01 profissional
1 ano e meio	03 profissionais
2 anos	03 profissionais
2 anos e meio	01 profissional
3 anos	03 profissionais
4 anos	01 profissional
8 anos	01 profissional
9 anos	01 profissional
14 anos	01 profissional

Fonte: Entrevistas com profissionais realizadas entre os meses de novembro de 2009 a janeiro de 2010

A carga horária destes profissionais na unidade varia de 25 horas a 40 horas semanais. Um trabalha 24 horas semanais, seis trabalham 25 horas semanais, dois trabalham 30 horas semanais e seis tem uma carga horária de 40 horas semanais. O vínculo profissional também é diverso, encontrando apenas dois profissionais concursados pela prefeitura municipal de Volta Redonda, um sob regime de CLT e outro sob regime estatutário. A grande maioria não tem vínculo, trabalhando como RPA (recibo pagamento a autônomo), representando doze profissionais do total de quinze entrevistados. A carga horária dos profissionais estatutários é de 25 horas semanais, para o enfermeiro 24 horas semanais, já os profissionais contratados por RPA realizam 25 horas ou 40 horas semanais de acordo com as possibilidades de contratação da secretaria e disponibilidade do profissional.

Esse é o nosso grande nó porque essas contratações são por vínculos perversos. Desde 1995 que não tem concurso público no município e esses profissionais são contratados por RPA. Então, há uma grande rotatividade de profissional. Quando a gente entende que o profissional começa a estar mais engajado com a proposta da reforma ele arruma um vínculo melhor e acaba saindo da unidade. (profissional 3)

No que se refere a aperfeiçoamento em saúde mental, apenas três profissionais já realizaram algum curso específico na área. Os demais profissionais não possuem nenhuma formação na área da saúde mental. Apesar de sete possuírem cursos de especialização e dois

possuírem mestrado, a maioria dos cursos é na área da psicologia e não especificamente na área da saúde mental, encontrando ainda docência do ensino superior.

2.7 Reforma Psiquiátrica na percepção dos trabalhadores de saúde mental

Sobre o significado da Reforma Psiquiátrica, os profissionais identificaram esse processo com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, dos manicômios, da substituição do modelo de internação e institucionalização, inserindo o usuário na família e na sociedade. Para eles, trata-se de uma nova proposta de assistência como resultado de indagações sobre a forma como lidavam e cuidavam dessas pessoas. Essas características são apontadas na fala a seguir:

(...) É essa nova política, é com a questão da desinstitucionalização dos serviços, dos fechamentos dos hospitais psiquiátricos, daquela modalidade asilar que exclui, pra uma modalidade mais ampla, entendendo que nós não precisamos colocar o indivíduo com transtorno mental à parte da sociedade para ser tratado. Que ele pode estar indo na cidade, convivendo em sociedade e sendo atendido. (...) é um novo modelo de atendimento de saúde mental que não segrega nem exclui o indivíduo do seu convívio em sociedade. (profissional 9)

Um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica é ressaltado na fala do profissional, ou seja, o fato de esse modelo inovar na proposta de assistência, permitindo o tratamento em meio aberto, preservando os vínculos familiares e sociais.

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica não pode ser reduzida à construção de outros dispositivos que venham a ser substitutivos ao hospital psiquiátrico. As transformações devem transcender à simples reorganização do modelo assistencial. Um dos aspectos principais da Reforma Psiquiátrica se refere à dimensão sociocultural desse processo, interferindo no complexo fenômeno da representação social da loucura.

O imaginário social relaciona a loucura à incapacidade do sujeito em estabelecer relações sociais e simbólicas. Neste sentido o aspecto central da reforma diz respeito à transformação dessa dimensão sócio-cultural, modificando as relações entre sociedade e loucura (AMARANTE, 2007).

Sem dúvida, os CAPS carregam esse desafio de instituir novas relações entre a loucura e a sociedade, possibilitando a inclusão social dessas pessoas que historicamente foram

segregadas do convívio social. A possibilidade da assistência em serviços de atenção diária já é um passo importante na direção dessa mudança cultural.

Nesta perspectiva, entendemos que o desafio dos serviços de atenção psicossocial não se constitui apenas em ofertar uma assistência mais humanizada, em regime extra-hospitalar, e sim introduzir mudanças na forma como a sociedade historicamente percebeu a loucura. O discurso dos profissionais expressa o trabalho que vem sendo feito nesta direção:

A Reforma Psiquiátrica é a abertura dos muros, porque a gente entende que a institucionalização não é a melhor forma de tratamento e aí se abriu os muros para as pessoas buscarem outras formas de tratamento mais aberta, de socializar essas pessoas, de não estarem excluídas no hospital Psiquiátrico. (profissional 2)

O que eu sei que aconteceu foi exatamente por causa da questão da Reforma Psiquiátrica, que antigamente os dependentes químicos eles eram tratados como loucos, então eles eram internados em instituições psiquiátricas, e por este motivo, foram feitos estudos e foi vista a necessidade de separar a demanda psiquiátrica da demanda de dependência química. E os CAPS vieram para acabar com essa questão de internação, acabar com a questão da institucionalização do paciente. Um local onde os pacientes poderiam estar passando o dia, fazendo atividade, e voltando pra casa para parar de acontecer realmente dos pacientes irem para uma clínica e a família abandonar dentro dessa clínica. (...) Então é isso que eu sei dos CAPS no Brasil e em Volta Redonda também. (profissional 5)

Observa-se na fala da entrevistada o estigma associado a pacientes psiquiátricos e dependentes químicos, sendo a loucura alvo de tratamento disciplinar e moral, reforçando o isolamento social. O termo louco vinha carregado de estereótipos e não existia uma direção de tratamento diferenciada que respeitasse as especificidades de cada grupo. Entretanto, desde o ano de 2003 com a criação da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde, as ações no âmbito da dependência química passaram a integrar a Política de Saúde Mental.

Outros elementos acerca do processo de Reforma Psiquiátrica que não se limitam à desospitalização, à desinstitucionalização para a vida em comunidade puderam ser observados na fala de alguns entrevistados. A Reforma Psiquiátrica também questiona a hegemonia do tratamento médico, da visão orgânica da doença e sobre o fato de influências do meio social e cultural interferirem nesse processo de cura.

A Reforma Psiquiátrica pressupõe a transformação do aparato institucional, mas principalmente a desconstrução de saberes, práticas e discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Como bem aponta Rotelli, a instituição que

colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura (ROTELLI *et al*, 1990, p.89). Para os entrevistados abaixo:

(...) a Reforma brasileira foi baseada na Reforma Italiana de Franco Basaglia. No Brasil a Reforma teve início na década de 1970. A Reforma Psiquiátrica para mim tem relação com a desinstitucionalização e tem a ver com a questão de tirar a hegemonia do psiquiatra, do médico saber/poder/fazer e distribuir entre os outros profissionais. (profissional 10)

(...) depois da Lei do Paulo Delgado o Brasil, de certa forma, precisou se adequar a essa reforma, essa mania que a gente tem de separar, o que a gente acredita que seja de não conformidade com aquilo que já está padronizado, normatizado. (profissional 14)

O campo da saúde mental encontra-se em um momento de transição paradigmática em que ganham força as propostas de reestruturação epistemológica, técnico-assistencial e político jurídica, cujo maior impacto reside no desafio de superar a psiquiatria hegemônica como dispositivo máximo de poder na área (AMARANTE, 1995). A hegemonia da psiquiatria vem sendo questionada, abrindo espaço para outras abordagens mais diversificadas, mais sociais e interativas que desprivilegiam o domínio quase que exclusivo do saber/poder médico.

O movimento de Reforma Psiquiátrica questionava a organização da assistência psiquiátrica através do modelo centrado na hospitalização e institucionalização, ocasionando o isolamento social. Teve início no Brasil no final dos anos 1970 e início dos anos de 1980. Suas propostas não se reduzem à mudança no aparato técnico-operacional, mas principalmente de instituir outro lugar para a loucura, outra forma de relacionamento entre a loucura e a sociedade.

Esse movimento social teve a participação de trabalhadores, usuários, familiares e sociedade civil na busca de superação dessa assistência para um cuidado e uma atenção mais ampliados que assegurassem os direitos dessa população, como podemos observar na fala a seguir:

(...) a Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá a partir de 1980, por aí, final dos anos 70, 80, que começam a implantar esse novo modelo de assistência. (...) a Reforma Psiquiátrica diz respeito à melhoria da qualidade de vida do usuário, a possibilidade de criar alternativas pra que ele viva melhor, que conviva com as pessoas, a família, a sociedade, que ele encontre novos espaços, que possa trabalhar, se inserir socialmente, mas de fato, não é uma exceção também que ele fique lá na rua jogado, que as pessoas não o respeitem, ou que seja isolado pela família, e muitas vezes acontece isso.

Tem até acho um exemplo que eu dei, que é uma coisa que me marcou muito, uma vez um usuário contando que ele passou o Natal trancado num quarto que a família havia construído pra ele, e ele ficou o Natal inteiro lá, e as pessoas comemorando e ele isolado. Isso não é reinserção social, familiar no caso. (profissional 15)

A reinserção social é um aspecto fundamental da proposta de Reforma Psiquiátrica e a possibilidade de uma assistência territorial já se constitui um grande avanço nesse sentido. Entretanto, outros aspectos são imprescindíveis para que essa inclusão de fato proporcione mudanças nas condições de vida desses usuários. O serviço deve ser capaz de acolher o usuário e a família bem como agenciar uma rede de suporte social para esse indivíduo, potencializando recursos da família, da comunidade e da sociedade em geral na busca de superação da condição de exclusão social.

A fala do profissional aponta alguns dos limites do processo de Reforma Psiquiátrica, como podemos observados na fala a seguir:

(...) eu vejo essa reforma com restrições. Muitas vezes no serviço do CAPS a gente vê pacientes que precisam ser internados e não são. A família sofre, o paciente sofre e o CAPS não consegue dar conta. Ao invés da reforma extinguir os hospitais deveria fazer uma reforma na visão dos profissionais, um trabalho de humanização, seria melhor. Eu vejo que a política de Volta Redonda é de não internar. Nesses fóruns que a gente vai (Médio Paraíba) se apresenta as estatísticas dos municípios e Volta Redonda não interna. Isso é bom, mas será que é verdade? Às vezes a família não consegue internar em Volta Redonda, arruma endereço de outro município e consegue internar. (...). (profissional 13)

A internação ainda é um dos recursos terapêuticos, muitas vezes necessário e utilizado na assistência em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica não extinguiu a internação e sim questionou as condições nas quais ela se realizava, com características de punição, por períodos prolongados, produzindo a cronificação.

No entanto, as novas possibilidades de tratamento surgidas através dos vários dispositivos de assistência em saúde mental objetivam oferecer recursos que possam intermediar o processo de internação. É preciso que os profissionais estejam comprometidos com essa proposta.

2.8 Da internação à atenção diária: o Centro de Atenção Psicossocial e seu papel na Política de Saúde Mental

2.8.1 O processo de instituição dos CAPS

A mudança do modelo assistencial em saúde mental no município de Volta Redonda teve como referência o ano de 1994, quando ocorreu a intervenção municipal na Casa de Saúde Volta Redonda, hospital psiquiátrico de natureza privada conveniado ao SUS.

A ampliação das ações do Programa de Saúde Mental no município ocorreu como decorrência de uma série de fatores políticos que se processaram naquela conjuntura, conforme já discutido no capítulo 1.

Acredita-se que ao longo desses dezesseis anos, muitas mudanças ocorreram na configuração do Programa de Saúde Mental, como é o caso dos trabalhadores que compõem a atual equipe do programa no município.

Dos trabalhadores entrevistados apenas dois fizeram parte dessa movimentação política das primeiras iniciativas de construção de uma rede de saúde mental no município e permanecem trabalhando no programa há pelo menos quatorze anos. Um outro profissional, embora não tenha participado ativamente desse processo no município, ilustrou como foi o processo de reforma da assistência, como vemos a seguir:

Em Volta Redonda o movimento reformista se efetivou a partir da intervenção (processo onde a prefeitura municipal passou administrar o hospital) na Casa de Saúde Volta Redonda, que gerou uma mobilização nos profissionais, circulação de novas idéias e propostas. A Casa de Saúde Volta Redonda antes do fechamento tinha um funcionamento interno que era mais próximo do que se propõe um CAPS do que dos próprios CAPS que já existiam na cidade como Usina de Sonhos. Posterior a intervenção a Usina de Sonhos (primeiro CAPS do município) era um anexo e isso deve ter sido difícil de desvincular. Como o NAPS foi implantado pós-ambulatorio acabou trazendo o ambulatorio com ele o que interferia para que a equipe tivesse uma dinâmica numa visão reformista que atendesse mais a proposta de um CAPS. Equipe presa a uma visão de tratamento ambulatorial. (profissional 4)

O relato da maioria nos permite perceber que são profissionais que relativamente trabalham há pouco tempo no Programa de Saúde Mental.

Bom, o que eu conheço de CAPS, seria mais a minha experiência que começou nestes dois anos e meio. Antes eu não tinha acesso nenhum à saúde

mental. Quando eu comecei estávamos neste processo de fechar a Casa de Saúde Volta Redonda (...). (profissional 13)

(...) O que eu entendo disso em Volta Redonda..., como eu disse eu não sou da cidade (...). Em 2009 o fechamento da Casa de Saúde Volta Redonda, que já estava para fechar já há alguns anos, mas nunca foi executado, e em 2009 houve o desfecho com o fechamento de outras casas que parece que existiam no município (...). (profissional 9)

Entretanto, esses profissionais demonstram o comprometimento com a atual proposta de atenção em saúde mental, compreendendo minimamente o papel dos CAPS nesse processo.

Os CAPS vieram para acabar com essa questão da internação, acabar com a questão da institucionalização do paciente. Um local onde os pacientes poderiam estar passando o dia, fazendo atividade, e voltando pra casa para parar de acontecer realmente dos pacientes irem para uma clínica e a família abandonar dentro dessa clínica, serem feitas famílias dentro dessas clínicas. Então é isso que eu sei dos CAPS no Brasil e em Volta Redonda. (profissional 5)

A rede de saúde mental no município de Volta Redonda no início das atividades do Programa de Saúde Mental era composta pelo hospital psiquiátrico e por um ambulatório. No período em que a prefeitura assumiu a gestão do hospital, os profissionais que já trabalhavam no local foram reaproveitados pelo município, que contratou outros profissionais para recompor essa equipe de assistência, atendendo às diretrizes vigentes no que dizia respeito a recursos humanos. A equipe da intervenção contratou ainda o IFB para realizar assessoria e capacitação aos gestores e profissionais acerca da Política de Saúde mental que se desenhava naquele momento em âmbito nacional.

É nesta perspectiva que as práticas diferenciadas que começaram a ser instituídas partiram num primeiro momento de dentro do hospital, desta equipe que começou a fazer um movimento de dentro para fora, contribuindo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no município. Foi nessa conjuntura que se criou o primeiro CAPS do município, situado em dependência anexa ao hospital psiquiátrico. Tal questão se evidencia na fala da entrevistada abaixo:

Eu comecei a trabalhar em Volta Redonda em 96, e a Usina dos Sonhos foi o 1º CAPS de Volta Redonda. Na época já tinha acontecido a intervenção na Casa de Saúde Volta Redonda e o CAPS estava começando a funcionar, foi em 94, 96, não me lembro bem (...) eu me lembro quando eu comecei a

trabalhar, a questão estava muito centrada no internar ou não internar, residia na internação. Só que é um parâmetro, um parâmetro importante, mas isso não é o projeto, porque, se você fica falando, centrado no foco internar ou não internar, você não faz o que tem que mudar. Por isso que tem muita internação ainda, continua internado preso a esse modelo de internação. (...) dentro dessa compreensão de internar e não internar, eu acho que isso acaba sendo também muito preconceituoso, você tem uma visão ainda que o paciente psiquiátrico é só isso: internar ou reduzir a internação. Eu acho que a gente está preso no foco e não está conseguindo enxergar aquela pessoa como pessoa, o foco é a internação. (profissional 15)

Podemos perceber um discurso diferenciado dos profissionais que trabalham há mais tempo no programa, conseguindo trazer uma reflexão mais crítica sobre as contribuições, os impasses e os desafios para a consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

Naquele momento o foco das novas propostas para a área da saúde mental no município se referia a internar ou não internar um paciente. O próprio movimento de Reforma Psiquiátrica foi confundido ou reduzido muitas vezes à discussão das internações, ou melhor, na direção de se abolir as internações.

Entretanto, a fala da profissional enfatiza que a internação não é o foco das novas abordagens em saúde mental, na verdade esse impacto na redução de internações deve ser produto e consequência de um cuidado que de fato se efetive como diferenciado. Nesse sentido, os CAPS devem ser serviços substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico.

2.9 Gestão

2.9.1 O CAPS e a Política de Saúde Mental

Os gestores são os responsáveis em viabilizar as condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral à saúde através de dispositivos sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo. Nessa rede de atenção integral, os CAPS são vistos como dispositivos estratégicos, capazes de funcionar como centros articuladores das instâncias dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, rede de ambulatórios, atendimento terciário, atividades de cuidado e suporte social.

As diretrizes da gestão nacional para a área da saúde mental consistem em dois grandes eixos de atuação através da reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, ou

seja, a desinstitucionalização, bem como a expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial de base comunitária.

Para o gestor, pensar a Política de Saúde mental no nível local exige:

Antes de mais nada, é preciso pensar na Política de Saúde mental do Ministério da Saúde. O município de Volta Redonda tenta fazer uma política condizente com a do Ministério da Saúde. A política são todas as estratégias e ações que são aplicadas ao indivíduo, não só ao portador mas com a sociedade de uma forma geral, trabalha com os profissionais de outras áreas para implementar a política. (gestor 2)

Os CAPS possuem papel estratégico para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Esses serviços devem se constituir como organizadores de uma rede de assistência na comunidade, no território, oferecendo recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais.

Na percepção dos trabalhadores de saúde mental, o CAPS representa mudança, conquista e inovação na assistência de saúde mental. Significa a possibilidade de ofertar um atendimento que garanta o convívio desses usuários junto às suas famílias e comunidade.

É uma conquista muito grande, é uma forma mesmo de a gente poder estar olhando pro usuário na inserção social, nessa coisa dele ficar mais próximo da família, da gente poder estar trabalhando mais essa família, trabalhando mais a rede mesmo onde ele está inserido, a comunidade. (profissional 8)

CAPS representa inovação, se eu conseguisse definir em uma palavra seria inovação. Eu acho que a inovação foi quando começou... foi exatamente a questão do sair do manicômio e vir para o CAPS, mais não só isso, o CAPS tem que ser inovação o tempo todo porque antes era você trazer os pacientes do hospital para o CAPS. Hoje não é só isso, você tem que trabalhar com a comunidade, trabalhar com a rede, buscar novas formas de se adaptar ao seu usuário. (profissional 1)

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), “O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento”. Podemos identificar tais premissas nos relatos a seguir:

O CAPS pode contribuir na medida em que visa estimular a autonomia do sujeito, a cidadania, inclusão social e um tratamento mais humanitário. (profissional 10)

O CAPS é o trabalho de saúde mental utilizado no Brasil com a Reforma Psiquiátrica. É o maior dispositivo que tem porque ele vai de encontro com o trabalho de socializar os usuários, de estar inserindo eles na sociedade para a sociedade enxergar ele como uma pessoa que apesar das limitações mentais, eles estão incluídos na sociedade (...) a sociedade de uma forma geral fala muito isso, essas pessoas vão viver em casa normais? Alguém vai levar eles para o CAPS? Não eles vão sozinhos para o CAPS, eles têm autonomia para isso, alguns né. É exatamente isso, mostrar para a sociedade e incluir eles na sociedade de fato. (profissional 2)

No entanto o CAPS não é a Política de Saúde mental, por Política de Saúde mental podemos entender todos os serviços e equipamentos que buscam oferecer um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base comunitária. Essa rede de serviços é composta pelos CAPS, residências terapêuticas, leitos de curta permanência em hospital geral, ambulatórios, centros de convivência em cultura e programa “De volta para Casa”³⁶.

O CAPS é um dispositivo fundamental no processo de Reforma Psiquiátrica de se fazer valer a questão da Reforma Psiquiátrica. É o responsável por agenciar o cuidado do indivíduo no seu território em todos os aspectos: relacionamentos, trabalho, estudo, atividades sociais normais do ser humano inerentes ao ser humano, independente dele ter ou não um transtorno. (gestor 2)

Os CAPS se tornaram a principal referência na Política de Saúde mental nacional na transformação do modelo de assistência pautados na garantias de direitos dos usuários.

A política é você construir e organizar o serviço, que vai desde o atendimento do CAIS Aterrado, de urgência, do CAPS e da residência terapêutica. É isso que faz a política. (gestor 1)

Percebemos que, por vezes, a Política de Saúde Mental e o processo de Reforma Psiquiátrica são reduzidos à desinstitucionalização.

O espaço do CAPS deve ofertar serviços que se diferenciem das estruturas tradicionais e que se orientem pelo incentivo à participação social dos usuários, pela democratização das

³⁶ O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Disponível em <<http://pvc.datasus.gov.br/>>

ações e pela não segregação do adoecimento psíquico (TAVARES & SOUZA, 2009). A fala que se segue expressa essa lógica da transformação do modelo tradicional da psiquiatria.

Ele aproxima muito o paciente psiquiátrico da sociedade e até dos profissionais mesmo. No hospital o tratamento era desumano, o médico não convivia com o paciente, os profissionais não chegavam até o paciente. Eu acho que a inserção do paciente na sociedade, o CAPS consegue isso. É claro que tem casos que precisam de uma internação mais prolongada para se estabilizar. A gente fica nessa luta tem que segurar aí, mas muito da proposta do CAPS a gente consegue alcançar. (profissional 13)

A capacidade do CAPS em substituir o manicômio deve estar articulada ao modo com que a sociedade lida com a diferença. É de suma importância a quantidade de forças que o CAPS pode mobilizar, o que o torna capaz de operar uma revolução na forma como se lida com a loucura na atualidade (QUINTAS & AMARANTE, 2008). O relato abaixo vai de encontro com essa mudança que o CAPS precisa operar na sociedade.

Eu acho que um CAPS que possa desenvolver os cuidados a que ele se propõe, minimamente funciona como uma resposta a essa visão reformista, essa idéia de que as pessoas possam viver em sociedade, apesar das suas limitações. O CAPS representa uma mudança não só para o usuário e familiar, mas para a própria sociedade, é um mecanismo revolucionário. O CAPS vai resignificar as relações, as formas de cuidado, as políticas. Enfim, é uma grande mudança. (profissional 4)

O CAPS é um serviço comunitário e ambulatorial que assume a responsabilidade de cuidar das pessoas que sofrem de transtornos mentais, no seu território de abrangência. O território é constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, sua família, suas instituições, seus cenários como igreja, escola, trabalho (MS, 2004). Um dos profissionais do CAPS sinaliza esse compromisso enquanto gestor da unidade:

O CAPS é um dispositivo que vai colocar a Política de Saúde mental em prática. Como sendo um centro de tratamento, e, além disso, melhor articulador da rede, é também o que vai acionar outros dispositivos. Ele não é o único responsável pelo tratamento, mas é ele que vai fazer um direcionamento dessa política pelas instâncias municipais da sociedade civil. (profissional 7)

Eu acho que o CAPS é uma porta de entrada, porque geralmente todas as pessoas que começam com algum problema, o primeiro lugar que vem é aqui, e daqui geralmente é encaminhado pra algum outro lugar. (profissional 11)

No contexto do SUS, o CAPS surgiu como uma promessa de composição de uma assistência mais articulada ao território, capaz de conhecê-lo, de lidar com as necessidades de seus usuários, com as demandas que se produzem na busca da autonomia.

2.10 Recursos humanos

2.10.1 Incentivos de qualificação profissional

A formação de recursos humanos é um desafio fundamental, visto que a maior parte dos novos profissionais da rede é composta por jovens profissionais que não passaram pelo processo de luta política e ideológica do movimento pela Reforma Psiquiátrica.

Para a primeira geração de profissionais, envolvida na construção da Reforma Psiquiátrica, o fator político e ideológico estava, no entanto, claro. Esse fator político e ideológico era determinado pela conjuntura da época de luta contra o regime militar, a partir de movimentos reivindicatórios de vários setores populares que clamavam por melhores condições de vida (BEZERRA, 2007).

Com relação a investimentos da Secretaria de Saúde em capacitação profissional, a maioria dos trabalhadores informou que existem algumas ações, mas nenhum programa específico, o que foi verbalizado por nove dos entrevistados.

Desenvolve. Teve uma capacitação de tabagismo há pouco tempo atrás. Eu acho que desenvolve sim. Tem melhorado muito essa questão da capacitação. A Secretaria tem buscado muito. Não sei se antes não tinha, mas vejo que agora a gente percebe. (profissional 6)

Tem tido. Nós tivemos uma capacitação sobre álcool e outras drogas oferecido para a saúde e a educação, por causa do alto índice de crack na cidade. Tivemos uma capacitação sobre autismo, deveríamos ter mais. Não existe investimento no profissional, parceria, como por exemplo, a gente paga o curso e a prefeitura leva a gente. (profissional 13)

Não existe nenhuma política implementada de capacitação profissional no Programa de Saúde Mental do município. O que ocorre são eventos pontuais, estendidos muitas vezes para a atenção básica e não especificamente para a equipe de saúde mental. Como sinaliza o gestor:

Em agosto de 2008 começou-se a fazer uma capacitação para a atenção básica, quatro meses. A tendência era continuar. No ano seguinte foi o fechamento da Casa de Saúde Volta Redonda, mesmo assim a gente continuou a capacitação para a atenção básica. Teve a capacitação sobre residências terapêuticas e atenção geral de Política de Saúde mental. Capacitação contínua seria o apoio matricial da atenção básica. Nesse processo de capacitação mais geral foram incluídos os profissionais da atenção básica e como o trabalho foi atropelado utilizou-se nesse momento trazer todo mundo de uma forma mais representativa. (gestor 2)

A capacitação sobre residências terapêuticas foi uma estratégia de minimamente orientar os profissionais que passariam a atuar neste novo dispositivo no município, principalmente porque a maioria dos profissionais que integrou essa equipe eram ex-funcionários do hospital psiquiátrico recém-fechado. O processo de inserção de profissionais para compor o quadro de recursos humanos do programa raramente é precedido de qualquer tipo de seleção. Sobre essas capacitações pontuais o profissional relatou:

Nesse um ano e meio que eu estou aqui, o que foi feito a princípio pela Secretaria foi com o fechamento da Casa de Saúde, foi uma capacitação a respeito das residências terapêuticas, que foram implantadas no município. Posteriormente a isso, e anteriormente, não lembro de ter participado de nenhum evento específico da área de saúde mental. (...) Eu sinto muita falta dessa disponibilidade da Secretaria em propor formações. Lá no início, como você disse “você tem algum tipo de graduação e pós?”, nem todos têm essa oportunidade de ter, de investir, até mesmo pelas condições. Então eu acho que minimamente a Secretaria poderia fazê-lo. Afinal de contas é um investimento que está sendo feito no próprio funcionário, e está qualificando o seu serviço. (profissional 9)

A Secretaria de Saúde não possui uma política específica de qualificação de recursos humanos, poderia trabalhar com incentivos de capacitação profissional que buscasse apoiar o trabalhador em iniciativa própria de realizar algum curso de extensão na área. Entretanto:

Especialização na rede particular só possui ajuda de custo o profissional estatutário. A secretaria até bancou um curso de Terapia Comunitária para oito profissionais, dois destes eram da saúde mental (gestor 2)

Essa direção da Secretaria torna praticamente inviável os investimentos no profissional, tendo em vista que a grande maioria dos profissionais não possui qualquer tipo de vínculo, como já discutido anteriormente.

Apesar da existência de algumas ações, os profissionais verbalizam a necessidade de se promover outros espaços de atualização profissional, fornecendo subsídios teóricos e práticos para a atuação em saúde mental.

Muito pouco. Essa semana eles vão fazer uma capacitação sobre autismo para a rede, mais para a saúde mental muito pouco eu até pediria mais. Quanto a eventos não desenvolve eventos, a gente participa mais dos fóruns regionais que tem que reúne as cidades da região. Nesse um ano e meio eu nunca participei de nenhum fórum em Volta Redonda. Teve uma capacitação de residência terapêutica há 2 meses atrás porque os profissionais da residência terapêutica nem sabiam o que era a reforma, então foi mais para localizar eles e eles conhecerem a gente . (profissional 2)

Os espaços de aperfeiçoamento profissional assumem grande importância se observamos a forma de inserção dos trabalhadores nos CAPS. A falta de investimento no profissional impacta diretamente na assistência aos usuários de saúde mental. Nesse sentido, nos indagamos sobre as transformações que a Política de Saúde Mental pretende de fato introduzir.

Dos profissionais entrevistados seis afirmaram não existir nenhuma política de qualificação de recursos humanos.

Não, não tem capacitação regular não. Isso é uma reivindicação que todas as pessoas que trabalham com saúde mental, reivindicam isso, ter uma capacitação, um programa constante (...) a gente está tentando a partir desse ano montar um fórum dos trabalhadores de saúde mental. Já tem até a proposta de um tema. Um tema pra começar, pra juntar essas pessoas, mobilizar as pessoas em torno dessa idéia, mas ainda não está fechado. (profissional 15)

Não existe uma capacitação, um programa específico. Surgem várias capacitações de acordo com a demanda. Teve o Supera³⁷ que é do Ministério da Saúde, que é uma forma de capacitação para a atenção básica, mas que acabou sendo utilizada pelos profissionais do CAPS AD. Para profissionais de outros CAPS também. (profissional 7)

As falas dos profissionais sinalizam a escassez de cursos de capacitação, não se constituindo uma prática frequente da Secretaria de Saúde. Entretanto, um dos objetivos do Programa de Saúde mental de Volta Redonda é promover capacitação para os profissionais, trabalhando questões

³⁷ “SUPERA”- Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas. Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Curso de capacitação promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Saúde.

mais gerais da política de saúde e questões específicas da área da saúde mental, premissa essa que precisa se efetivar na prática.

2.10.2 A inserção dos trabalhadores nos CAPS

Quando os profissionais foram indagados sobre a existência de uma capacitação antes do início de suas atividades no CAPS, todos foram unânimes em informar que não existe nenhum preparo para os trabalhadores desenvolvido no âmbito da Secretaria de Saúde. As falas abaixo apontam tal questão:

No “tranco”, na prática. Claro que aqui na Usina dos Sonhos eu fui super bem recebida. Eu não conhecia nada de saúde mental a experiência foi de manicômio porque eu fiz faculdade há muitos anos. (profissional 13)

Aí não. Primeiro você entra, depois é que você vai ver como é que se trabalha. Como é que se trabalha, embora a gente saiba que isso não é só em Volta Redonda, é em qualquer lugar que você vai. (profissional 14)

A entrada de um profissional nas unidades do Programa de Saúde Mental na maioria das vezes não é precedida de seleção e nem de capacitação, como relata o profissional:

Não são preparados. Foi realizada uma única seleção de vinte e cinco pessoas e uma breve capacitação sobre o que era o SUS, a Política de Saúde mental. Depois a gente não teve mais oportunidade de selecionar as pessoas, as pessoas vinham pré-designadas. (gestor 2)

Em geral os critérios de inserção de profissionais para o trabalho em unidades como os CAPS parece não levar em consideração o perfil profissional, a experiência na área, e tal situação se agrava quando, na ausência de uma seleção, não existe trabalho nenhum de orientação que preceda a atuação. Curiosamente, o CAPS é o equipamento de saúde mental para atendimento de demandas de alta complexidade e é justamente nesses estabelecimentos que se encontram os técnicos com pouco tempo de formação, baixos salários, precárias condições de trabalho, de formação, bem como a falta de espaços de reflexão.

Não são preparados. Aqui no CAPS mesmo, a gente fala isso o tempo todo, porque na verdade as pessoas vêm, muitas vezes sem um entendimento do que é saúde mental, do que é CAPS, de como que é esse trabalho. Então o que a gente consegue perceber é que quando as pessoas não se identificam e

percebe que é uma coisa muito mais puxada, uma coisa diferente do que imaginavam, não fica. (profissional 8)

Eu não tive nenhum (...). Eu acho importante eles terem uma capacitação que informe pra onde você está indo trabalhar, o que é a política daquele local que você está indo. E eu acho que eles têm que ter na gestão, uma programação pra você sempre que possível estar indo a palestras, workshops, cursos. Até que a pessoa queira mesmo fazer uma pós-graduação, um mestrado, um doutorado, porque é muito complicado você vir com a experiência só da academia (...). O aprendizado vem com a experiência, com a prática, e você tem que buscar o aperfeiçoamento acadêmico nessa proporção. (profissional 9).

Para dois profissionais, existem iniciativas da própria coordenação e equipe. Observamos na fala dos entrevistados que dois CAPS tentam minimamente organizar um trabalho para recepção de novos profissionais na unidade.

No CAPS que eu trabalho passam por um processo de capacitação e treinamento. No período inicial, na primeira semana de trabalho não entram no cotidiano, realizam leitura de textos, discussão de casos. Paralelamente começam a realizar intervenções sempre com outro profissional da casa para estar discutindo e levantando situações e dúvidas acerca da situação. Dentro das possibilidades do trabalho foram conhecer outras unidades e serviços da rede de saúde mental em Volta Redonda. Isso foi uma iniciativa deste CAPS. (profissional 4)

Essas iniciativas deveriam ser valorizadas e compartilhadas com outras unidades, o próprio serviço poderia organizar essas ações de acolhimento de profissionais e não esperar um posicionamento da secretaria. Os profissionais e as coordenações das unidades não têm autonomia para decidir quem são os profissionais que entram no serviço, mas devem ter o compromisso em contribuir para que esse profissional possa fazer a diferença somando com o trabalho.

Não, não tem uma preparação formal. Quando entrei houve uma capacitação que foi uma iniciativa das pessoas que trabalhavam naquela época (...). Mas não tem nenhuma iniciativa formal da prefeitura, nunca houve aqui em Volta Redonda (...) E também uma queixa que os trabalhadores de saúde mental têm (...) E ainda tem um problema mais sério ainda, que é com a rotatividade muito grande, a gente tem com frequência profissionais com pouca experiência trabalhando, e volta e meia tem uma pessoa nova na equipe, e a gente não tem essa capacitação. (profissional 15)

Podemos perceber a descontinuidade das ações no serviço, o que pode apontar para uma falta de sistematização de planejamento e gestão. A cada saída de coordenação ou profissional, o trabalho construído parece se perder. A atual política de recursos humanos da Secretaria de Saúde sem dúvida

interfere nas transformações defendidas pelo projeto reformista da Reforma Psiquiátrica. Historicamente, o setor saúde no Brasil sofre por carências de recursos, dificultando investimentos em recursos humanos. Fatores como falta de qualificação, achatamento salarial, não reposição de pessoal e a convivência de funcionários sob regimes diversos dentro das unidades vêm gerando dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde. Como solução imediata para essas problemas têm se proliferado contratações que fogem às normas formais de ingresso de funcionários no serviço público, o que vem se processando na realidade de Volta Redonda.

2.11 Rede

2.11.1 Articulação com políticas intersetoriais

A construção de uma rede de saúde mental pressupõe articulação contínua com outras políticas setoriais. Os CAPS visam a promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam a educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento à exclusão social.

No que se refere às ações programadas do CAPS junto às demais políticas do município, a maioria dos profissionais, treze dos entrevistados, afirmou que o serviço tem realizado articulação com a rede assistencial.

Ah sim, a gente tem que trabalhar em rede sempre né. A partir do caso daquela demanda que chega pra nós, a gente vai, além das entrevistas, a gente vai fazendo articulação com a escola, com a assistente social pra pedir um estudo social, com a atenção básica com as pessoas dos PSF, pra ver até a frequência desse indivíduo, desse paciente. Porque às vezes, o paciente psiquiátrico vem aqui, vai na atenção básica, mas na atenção básica ninguém percebe, quando por exemplo, ele está tomado de uma crise, aí essas pessoas tomam ciência de que é um paciente psiquiátrico. Então antes de qualquer coisa, quando não chega nessas condições, a gente faz uma articulação com a rede. Procura saber como é que está. A gente trabalha sempre em rede, a gente não consegue trabalhar dissociado. (profissional 9)

Embora a maioria possua o entendimento da existência da parceria com a rede de serviços, três profissionais apontam que tais ações se dão de forma pontuais e não estão previstas ou programadas pela Política de Saúde mental local.

Não tem ação programada, tem ações pontuais. Com a Educação em função da questão das drogas. Com a história do crack criou-se um alarme. O

prefeito chamou a Secretaria de Saúde e outras secretarias para uma discussão que provocasse uma ação emergencial em função do desenho que vem se configurando com o crack se alastrando. O CAPSi e o CAPSad estão a frente disso, mais os outros CAPS foram envolvidos para promover campanhas internas e articulação com a rede básica. Existe um trabalho com o PSF mais este ano o trabalho não se efetivou da forma esperada, mais está acontecendo... Se conseguiu redução de demanda, principalmente usuários de benzodiazepínicos e alguns casos de transtorno. (profissional 4)

(...) O CAPS ele é responsável, ele tem responsabilidade, mas ele não é o único. E essa demanda não é única e exclusivamente do CAPS. Então, uma pessoa que é, por exemplo, do CAPS ad, além dele ser um usuário de álcool e drogas, ele também é uma pessoa que é um morador do bairro, então tem toda essa questão das outras secretarias. E aqui a gente tem um trabalho mais específico com a ação comunitária, com a Secretaria de esportes e deveria até fazer uma coisa mais aprofundada, com a cultura. No máximo, são parcerias pontuais. (profissional 7)

Dois profissionais informaram que não identificam esse trabalho de articulação com a rede no cotidiano dos serviços.

A gente tem um projeto de matriciamento, mais a gente não tem como fazer no momento por escassez de profissionais. A parceria seria entre CRAS, PSF e educação. (profissional 10)

Entre os programas mencionados encontramos a Política de Assistência Social através dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Albergue Municipal e CAPED (Centro de Atenção à Pessoa Deficiente), Política de Educação através de articulação com escolas e “Programa Brasil Alfabetizado”³⁸ do Ministério da Educação e Política de Saúde através do Programa de Saúde da Família (PSF).

(...) Tem um pouco de vínculo com a assistência, mas pouco, até mesmo por causa da questão política. Agora o que eu vejo, é uma articulação com o albergue, por causa da assistência estar abarcando muitos casos de saúde mental. Eles estão fazendo um estudo de caso de cada usuário do albergue com a Saúde Mental. Eu vejo que isso tá caminhando, a assistência está entendendo um pouco. Eu sei porque trabalho lá no albergue. (profissional 2)

Nós aqui neste CAPS, nós fizemos um contato com a Secretaria de Educação e colocamos aqui dentro o “Brasil Alfabetizado”, e é um programa que está

³⁸ O Programa Brasil Alfabetizado é voltado para a alfabetização de jovens, adultos e idosos. O programa é uma porta de acesso à cidadania e o despertar do interesse pela elevação da escolaridade. O Brasil Alfabetizado é desenvolvido em todo o território nacional, com o atendimento prioritário a 1.928 municípios que apresentam taxa de analfabetismo igual ou superior a 25%.

dando muito certo aqui dentro do CAPS, que está dentro dessa questão de reinserção social também. A gente percebeu que os pacientes que estão dentro do “Brasil Alfabetizado”, eles estão mais disponíveis ao tratamento, eles estão mais aqui dentro, pacientes que não tinham uma boa aderência aqui dentro estão vindo todos os dias, estão participando dessa alfabetização. (profissional 5)

No âmbito da Secretaria de Saúde também não foi possível identificar, nas ações do Programa de Saúde Mental, uma normatização de parcerias entre os CAPS e a Política de Educação, Assistência Social entre outras, imprescindíveis à ampliação da condição de cidadania dos usuários. Entretanto, destaca-se um projeto que a coordenação do Programa de Saúde Mental vem participando em articulação com demais secretarias através da criação de uma comissão para trabalhar estratégias de enfrentamento no município frente à questão das drogas, que têm preocupado as autoridades locais.

(...) A gente tem dois projetos que a gente tá trabalhando com mais intensidade. Um é o projeto com o COMUDA (Conselho Municipal de Políticas Públicas para as Drogas e Álcool) e Ministério Público e o outro é um projeto estabelecido pelo município onde todas as secretarias e instituições estão trabalhando junto com a questão das drogas. É em comum a todas as secretarias, SMEL (Secretaria de Esporte e Lazer), SMAC (Secretaria de Ação Comunitária), Secretaria de Cultura, Conselho da Criança e do Adolescente, Fundação Beatriz Gama, Coordenadoria da Mulher, COMUDA (Conselho Municipal de Políticas Públicas para as Drogas e o Álcool), Secretaria de Educação, as instituições que trabalham nesse processo, GAIA (Grupo de Apoio Integral ao Adolescente). Uma comissão para discutir a política de Álcool e outras drogas para estabelecer ações para o trabalho com jovens em relação às drogas, as vezes as reuniões são semanais ou quinzenal, as reuniões são fixas. É um procedimento do município para trabalhar a prevenção. (gestor 2)

Apesar de os profissionais afirmarem que os serviços mantêm articulação com a rede local, as entrevistas sinalizam que não existe nenhum trabalho sistematizado do Programa de Saúde Mental com demais políticas setoriais no município. Essas parcerias se realizam de forma esporádica, de acordo com as demandas de caso a caso e dependem da articulação do serviço, do profissional e equipe de referência.

2.11.2 Articulação com o Programa de Saúde da Família

Ressalte-se que a articulação com a própria Política de Saúde, através das parcerias com o PSF, tem-se configurado o grande foco das ações dos CAPS e consiste em uma das

atuais diretrizes da Política de Saúde mental na busca da construção de um diálogo entre a saúde mental e a atenção básica. Compreende-se que o programa de saúde da família deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários.

Os conceitos de rede e território são fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS. Nessa perspectiva se situa a sua relação com a rede básica de saúde, que ocupa um importante papel no processo de reinserção social já que está imersa no território, espaço de produção de saúde para os usuários e suas famílias.

A rede básica de saúde é o lugar privilegiado da construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais, pois esses profissionais estão mais próximos da população daquele território. O cuidado deve acontecer o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com a atenção básica, pois tem um papel fundamental na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes.

Na verdade, a Secretaria de Saúde pede sim que nós façamos essa articulação com a rede, mas no caso é a rede de saúde né, são os PSF. (profissional 5)

Existe uma orientação do Programa de Saúde Mental na realização de um trabalho de matriciamento com as equipes da atenção básica, que é uma diretriz da coordenação nacional de saúde mental. Esse trabalho consiste na orientação e supervisão, atendimentos em conjuntos em situações complexas, realização de visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica. Esse apoio matricial é diferente da lógica do encaminhamento ou da referência ou contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos (MS, 2004).

As ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica devem estar pautadas no modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. Como princípios dessa articulação com a atenção básica temos: noção de território, promoção da saúde, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e participação da comunidade (MS, 2004).

O trabalho desenvolvido com o PSF foi mencionado por doze dos entrevistados. Entretanto, na fala dos entrevistados é possível perceber que cada unidade possui o seu próprio modo de desenvolver este trabalho, não existindo uma sistematização da Secretaria de Saúde ou do Programa de Saúde Mental na operacionalização dessas ações.

A gente tá com um trabalho agora de estar indo para o PSF. A gente tem feito um trabalho junto com o PSF e CRAS mais comunidade no sentido de estar diminuindo demanda e de estar informando tanto a equipe no CRAS e quanto a equipe do PSF o que é um CAPS, o que é um paciente de saúde mental até para que eles sejam aceitos na própria comunidade. A gente tem ido ao PSF a gente conversa com a equipe e monta algumas estratégias (...). A primeira parte de estar conversando com a equipe do PSF, é de estar orientando eles, porque às vezes eles são mais preconceituosos que a própria comunidade (...) Então primeiro a gente conversa com a equipe e depois a gente monta com a equipe do PSF ou do CRAS algum plano de oficinas, de acordo com as demandas da comunidade, algumas oficinas que a gente pode trabalhar em conjunto com os profissionais do CAPS, PSF, CRAS, com o médico. As visitas nos PSF'S ocorrem mais ou menos de 15/15 dias. (profissional 1)

A Coordenação Nacional de Saúde Mental orienta para o trabalho de parceria entre equipe de saúde mental e equipe do PSF, que o profissional da saúde mental participe de reuniões de planejamento das equipes de Saúde da Família, realize ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. O profissional de saúde mental e a equipe devem se responsabilizar pelos casos, promovendo discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidades.

O apoio matricial se constitui como ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação do cuidado e da clínica, percebendo os sujeitos em sua integralidade. Subverte-se assim, o modelo médico dominante que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários às diversas especialidades (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2008).

(...) A gente quase inclui agora na nossa rotina, quando a gente vai, por exemplo, fazer uma visita a um paciente, levar um agente de saúde e um profissional que trabalha no CRAS. Porque aquele usuário mora naquela região e tem outras necessidades além do tratamento regular aqui no CAPS; e eles podem contribuir, porque eles estão ali próximos também e o usuário pode se beneficiar bastante. A gente tenta incluir essa pessoa para que ela possa se beneficiar de toda a rede. Então lá no PSF é a mesma coisa, por exemplo, tem grupos pra pessoas portadoras de diabetes e hipertensão, então, da mesma forma, o usuário de saúde mental, já que eles fazem visitas

regulares às famílias das pessoas, então passar a fazer também visitas regulares às pessoas que tem transtorno mental, da mesma forma como se inclui um diabético, por exemplo, num programa do PSF. (profissional 15)

Apesar de a maioria dos profissionais afirmar que não existe uma condução para este trabalho na política local, um entrevistado sinalizou que existe uma orientação da Secretaria de Saúde para a execução desse trabalho, como podemos observar:

No ano passado houve uma capacitação em saúde mental para todos os PSF, inclusive para a coordenação do Programa de Saúde Mental. Todos os PSF de Volta Redonda foram convidados e a partir daí se estreitou esse trabalho e isso é uma questão do Ministério da Saúde que foi cumprida. A gente começou a colocar em prática de uma forma formal. (gestor 2)

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação dessas equipes. A formação desses profissionais pode ser financiada com recursos específicos da coordenação geral de saúde mental e das parcerias entre gestores locais e estaduais (MS, 2004).

2.12 Reinserção Social

2.12.1 Reinserção social na percepção dos trabalhadores

A reinserção social é uma das premissas do novo modelo de atenção em saúde mental e pressupõe a construção de uma rede de saúde mental articulada a outras políticas setoriais.

Para os profissionais a reinserção social é identificada na maioria das vezes como a necessidade de participação dos usuários em outras esferas da vida social e não apenas no espaço institucional.

Estar inserindo eles (usuários) não só em atividades no CAPS, mais fora. Inserindo em alguma oficina (...). Se não trabalho esta perspectiva de que ele pode desenvolver atividades fora, o CAPS cronifica. (profissional 12)

É inserir realmente o paciente na sociedade, o usuário na sociedade. Geralmente o paciente quando ele chega aqui no CAPS, ele já tem um rótulo. É exatamente isso, ele já é rotulado pela sociedade, ele já está fora do ambiente social. Ele já não trabalha mais, ou quando trabalha ele já está com problemas no trabalho, com problemas familiares. E o CAPS visa exatamente isso, essa reinserção (...). (profissional 5)

O CAPS se propõe à construção de uma assistência diferenciada, buscando para o sofrimento psíquico um lugar de cidadania. A reabilitação é uma premissa no cuidado dispensado nestes serviços, configurando-se como um processo articulado de práticas que não deteria, até que a pessoa acometida de problemas mentais pudesse sedimentar uma relação mais autônoma com a instituição (GOLDBERG, 1996).

Entretanto, nem sempre o discurso corresponde à prática, ignorando o cuidado que vem sendo construído. Tal situação é alvo de reflexão conforme expressa a profissional abaixo:

Eu acho que aqui a gente deveria trabalhar mais a reinserção social, a gente se omite um pouco nesse sentido. (...) Acho que essa reinserção tem que ser mais trabalhada, aqui deve ser um local de passagem para eles, ele tá aqui enquanto ele não tá bem. Ele vai ter que ser inserido em outros lugares, o CAPS tem sido um lugar de permanência e não de passagem (...). A gente precisa muito trabalhar o mercado de trabalho porque o cara não tá legal aqui no CAPS mais melhorou e vai fazer o que? Digamos que esse seria o espaço mais importante. A grande maioria dos usuários não trabalha e não estuda e acaba freqüentando só o CAPS (...). Acho que a gente tá vindo de uma política de tirar da instituição manicômio e colocar na instituição CAPS. (profissional 1)

O CAPS, como dispositivo para promover a reabilitação psicossocial, deve significar um espaço, uma etapa para reconstrução da contratualidade do usuário, aumentando a habilidade do indivíduo em efetuar trocas sociais. Essa etapa pode passar por teatro, por artes plásticas, “*passar por e não terminar em*” (SARACENO, 1996).

O processo de reabilitação deve passar pelo CAPS e não terminar nele. Saraceno (1996) nos convida a pensar a palavra entretenimento. A palavra pode significar entreter como entreter dançando, cantando, mas em sua raiz latina também significa manter dentro. Fazendo uma comparação com a proposta da Reforma Psiquiátrica, podemos pensar que entreter, manter dentro, significa reforçar os paradigmas da institucionalização, da hospitalização, numa cultura psiquiátrica em que o manter-se dentro só produziu doença.

Nesse sentido devemos tomar outra direção enquanto profissionais comprometidos com a reinserção social, com a reabilitação social, possibilitando a substituição dessa lógica para que o usuário possa assumir outros cenários na sociedade como a família, o trabalho, a escola entre outros espaços de exercício de cidadania.

Segundo os discursos de alguns profissionais, a reinserção social se vincula com os direitos de cidadania. Entretanto, essa concepção de cidadania tem vinculação com os tradicionais direitos civis, políticos e sociais.

Essa concepção se articula ao conceito formulado por Marshall em que a cidadania seria o “status concedido aos membros integrais de uma comunidade e que envolve e compõem-se de um conjunto de direitos positivos que podem ser desagregados em elementos civis, políticos e sociais” (MARSHALL, 1967).

Eles terem o direito de ir e vir, o direito de votar, o direito de ter a documentação deles. Todos os direitos assegurados. (profissional 2)

Os direitos civis se relacionam às lutas do liberalismo clássico nos séculos XVII e XVIII. Podemos considerar como direitos civis o direito à liberdade, à vida, à igualdade formal de oportunidade e o direito à propriedade.

Os direitos políticos dizem respeito à participação política, à liberdade de expressão, ao direito de votar e ser votado, à liberdade de organização dos cidadãos e a conquistas desses direitos foi consequência da conquista dos direitos civis. Seu apogeu data dos desdobramentos da Revolução Francesa, aprofunda-se com a liberal democracia e consolida-se com a expansão do direito ao voto nos séculos XIX e XX.

No que se refere à conquista dos direitos sociais, ela teve início no século XIX e se estendeu até o século XX. Os direitos sociais se relacionam às contradições da ordem capitalista. Culminaram-se com a implantação dos Estados de Bem Estar Social e compreendem desde direitos de proteção ao trabalho até a garantia à saúde e à educação.

Entretanto, a constituição desses direitos vincula-se ao projeto iluminista defendido pela Revolução Francesa que tinha como foco a crença na razão como promotora de progresso. Como pensar a cidadania do louco nos moldes desse padrão de direitos positivos se, historicamente, o louco foi identificado como o sujeito sem razão?

Os estudos de Birmam (1992) apontam para uma noção de paradoxo nesse conceito de cidadania, uma vez que essa positividade no reconhecimento de cidadão implicaria o restabelecimento dessa condição social eliminando a subjetividade, fruto de uma ordem cultural e histórica que marcou o campo da loucura. O resgate político da condição cidadã do louco deve superar a idéia de tornar o louco um cidadão nos moldes do que comporta a visão clássica de cidadania, reconstruindo essa noção através do reconhecimento de suas singularidades.

O autor afirmou que qualquer reforma no campo da saúde mental deve começar pelo reconhecimento desse paradoxo que marca a relação da loucura com os pressupostos éticos de cultura ocidental. A Reforma Psiquiátrica é o reconhecimento efetivo da cidadania para o louco, implica a constatação de que estes não tem qualquer dívida com nossa razão científica, portanto não existe nenhuma falta para se tornar sujeito de razão, de vontade, logo, cidadão. A cidadania precisa ser inserida novamente no espaço social para o seu reconhecimento pleno.

Cada um tem o direito de ser o que pode ser. Então a minha maneira de pensar reinserção social é permitir ao cidadão que ele seja o que ele pode, que nem às vezes o que ele pode a gente deixa. “Eu quero ser catador de papel na rua”, não pode, atrapalha o trânsito. “Eu quero ser tocador de violão lá na Vila e andar com cabelo ‘dread’, não pode (...) então reinserção social pra mim é permitir que a pessoa que não pensa como nós, sejam o que podem ser fora. Não dá pra ser Napoleão lá fora, guarda de trânsito porque eles não têm essa condição ainda. Mas muitas coisas eles podem né, e a gente promover isso. Essa é a minha maneira de pensar reinserção. (profissional 14)

Criar de fato um espaço para que essa pessoa possa conviver com as outras, se beneficiar desse convívio, e não seja apenas paciente, estar lá no meio das outras. Mas que ela seja respeitada dentro da sua individualidade, com as suas características, suas qualidades, e que essas qualidades possam ser aproveitadas de fato, e não estar lá, jogado no meio das pessoas, isso não é reinserção social. (profissional 15)

A reabilitação em saúde mental não deve estar pautada na premissa de capacitar os “descapacitados” a tomarem partido em uma sociedade forte. O campo da reabilitação psicossocial não deve ser entendido como um processo de adaptar ao jogo dos fortes os fracos. Deve ser um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver e coexistir no mesmo cenário que os fracos (SARACENO, 1996).

Entretanto, um profissional entrevistado discorda dessa concepção e entende que a reinserção social, às vezes, é utópica para o usuário de saúde mental.

Eu acho que a reinserção social em alguns casos é utópica, visto que os psicóticos de modo geral têm dificuldade de fazer laço social. O que não significa que a gente não deva estimular esse tipo de política, mas de modo geral idéia de desmistificar a loucura é interessante não apenas para o louco ou psicótico, mas para a sociedade de modo geral. (profissional 10)

A reabilitação implica muito mais do que passar o usuário de um estado de “incapacidade” a um estado de “capacidade”. O modelo de referência da reabilitação é

“habilitar” através do aumento do poder contratual, pensando sempre em três grandes cenários, casa, trabalho e rede social. Entretanto, os profissionais, os usuários e a sociedade de maneira geral não estão habilitados totalmente, todos têm um determinado nível de contratualidade. A clínica deve ser pensada como um processo de construção ou reconstrução de um campo de encontro entre profissionais e usuários que, ao ser realizado, produza sentido.

O trabalho como sendo um dos cenários, um espaço de reinserção social foi incipiente na fala dos profissionais. Por isto não significa que a cidadania para o usuário de saúde mental tenha que necessariamente passar pelo trabalho.

A sociedade capitalista entende que o trabalho se constitui um dos principais meios para a inserção social em função do seu valor social; e, atualmente, se constitui como elemento imprescindível para a sua aceitação na sociedade, para a condição de cidadania. A cidadania e a economia são colunas mestras para o desenvolvimento e emancipação humana, enquanto a cidadania é fim, a economia, a produção é meio (DEMO, 1995). A modernidade excluiu um contingente cada vez maior, ocasionando segregação.

No entanto, percebemos que o trabalho, quando mencionado para os trabalhadores, se relaciona com a condição de cidadania plena, o que contraria a própria subjetividade do portador de transtorno mental, como observamos abaixo:

(...) Ela pode ter um convívio sócio-familiar que a atenda como pessoa, dando sentido às suas questões de vida e que ela também possa estar inserida de alguma forma dentro do mercado de trabalho formal e informal, mesmo que esteja assistida. Se tiver todas essas coisas vai ser uma pessoa plena. (profissional 4)

A vulnerabilidade social das pessoas a partir da ausência e precariedade do trabalho traz à tona a condição de desfiliação, conforme abordam os estudos de Castel (1994) que, a partir das análises entre trabalho e inserção social, classifica zonas de espaço social. Na zona de integração estão situados os indivíduos que possuem garantias de trabalho permanente, dispondo assim de sólidos suportes sociais. Na zona de vulnerabilidade encontram-se as pessoas com precariedade do trabalho associada a uma fragilidade relacional. Na zona de desfiliação estariam os indivíduos com ausência de trabalho e isolamento social. Por fim estaria a zona da assistência, representada pelo não-trabalho, em razão de incapacidade versus forte inserção social. A relação estabelecida entre trabalho e inserção relacional define modalidades de inserção social. Os portadores de transtornos mentais estariam situados na zona de vulnerabilidade e na zona de desfiliação.

Esse é o grande desafio dos profissionais que trabalham com a reabilitação, instituir uma condição de cidadania para os usuários, construindo redes de suporte social e relacional, no intuito de reduzir a distância entre as zonas, num movimento que levaria à integração, à filiação e à inserção social. A inserção pelo trabalho é uma das formas de inserção social, mas não deve ser considerada a única.

Como bem aponta Saraceno (1996): “(...) Porque um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico, ter a desgraça de ser ator, tocador de piano, artista plástico. Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos (...)”.

A cidadania se faz pela luta política da inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, aos recursos que a comunidade oferece. O trabalho deve ser um direito dos portadores de transtorno mental também.

Falar de cidadania e direitos, aprovar leis não são suficientes porque não se determina que pessoas sejam cidadãs por decretos. A construção da cidadania é um processo social (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica na perspectiva de contribuir para a reinserção social deve instaurar uma profunda mudança cultural na representação social da loucura, desmistificando que loucos são perigosos, interditos e tantas outras definições que reforçam o preconceito e criam estereótipos para esse segmento (DELGADO, 1992). Tal questão pode ser observada nas falas que seguem abaixo.

(...) Eu entendo que é levar esses usuários para a roda de terapia no horto, passeio na praia, espaços sociais onde essas pessoas possam estar para que a gente possa desconstruir que o louco é perigoso. Infelizmente a gente ainda tem esse estigma, mais este estigma é cultural e para desconstruir isso não é um trabalho fácil. É mostrar isso para a sociedade, oportunizar esses espaços para que as pessoas possam estar e acreditar que conviver com estas pessoas não é tão perigoso como a cultura nos fez acreditar. (profissional 1)

Todas as sociedades criam determinações e interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Estas interpretações se tornam representações coletivas, por passarem por um processo de compartilhamento em um grupo social. A própria psiquiatria contribuiu para que a sociedade entendesse o louco como perigoso, que lugar de louco é no hospício, que doente mental é irracional, entre outros estereótipos. Contribui assim para inúmeros preconceitos em

torno das pessoas que sofriam com problemas mentais e representações sociais de medo, de risco, de exclusão e discriminação (AMARANTE, 2007).

(...) Do vizinho suportar que do lado tem um paciente que mora ali, mas é psicótico, mas independente da questão que ele apresenta, ele pode estar se relacionando. É compreender quando ele não está bem, que aquela atitude que ele toma não é porque ele quer, é porque existe toda uma questão dele da psicose. É procurar compreender, para que o impacto seja menor. Eu acho que a reinserção vai muito para além apenas só dessa coisa de “ah, ali tem um CAPS”, está inserido se está aqui dentro, os profissionais gerindo, mas quando é dali pra fora, passa até do outro lado da calçada, porque é como se fosse uma pessoa de alta periculosidade. (profissional 15)

Pensar o processo de reinserção social é uma tarefa complexa. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais e mudar leis. O CAPS deve ter esse compromisso social para a construção de um novo imaginário social.

Os CAPS são considerados os locais privilegiados, dispositivos mais avançados de assistência no âmbito da Política de Saúde mental. Portanto analisar a reinserção do ponto de vista dos profissionais é fundamental para entender se o CAPS tem cumprido esse papel. Entretanto, podemos perceber que os CAPS não vêm desempenhando essa função, o que se evidencia na fala dos próprios profissionais. Em geral os profissionais não conseguem expressar a dimensão das ações cotidianas promovidas pelo serviço que incentivem a reinserção social dos usuários, as atividades que são realizadas na busca de efetivar a ressocialização.

2.12.2 Atividades externas do serviço desenvolvidas com a comunidade

A assistência psicossocial deve promover o tempo todo um conjunto de atividades que tenham como horizonte a inserção social dos usuários de saúde mental, criando condições para que os usuários possam conviver em sociedade. Isso implica que uma nova forma de relação entre a loucura e a sociedade deve ser estabelecida, na qual “valores como a tolerância social à diferença são mobilizados ao longo do processo de produção de ‘autonomia’ e ‘cidadania’” (SILVA, 2009, p.299).

A noção de autonomia não deve ser confundida com auto-suficiência e independência, uma vez que “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas

pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (TYKANORI, 1996, p.57).

As reflexões realizadas até então objetivam contribuir para o debate de pensar na contemporaneidade os desafios impostos ao exercício de cidadania dos portadores de transtornos mentais.

O território ocupa papel central para instaurar uma nova sociabilidade para os usuários de saúde mental. O trabalho no território abre espaços para a ressignificação do fenômeno da loucura e o reposicionamento sócio-político do paciente na sociedade (QUINTAS & AMARANTE, 2008).

O espaço do território não se reduz à dimensão geográfica e o serviço é considerado mais de base territorial quanto mais seja capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes na comunidade.

No que se refere à realização de atividades externas desenvolvidas junto à comunidade, identificamos na fala dos entrevistados que este trabalho territorial precisa avançar mais.

Hoje não existem projetos para o ano que vem. (profissional 4)

Na comunidade de maneira geral não. A gente até convida algumas pessoas, moradores do bairro quando a gente faz uma festa, atividade regular não existe ainda. (profissional 15)

A comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inexaurível de recursos potenciais, tanto humanos como materiais. O espaço da comunidade é tudo aquilo que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação. A própria família, considerada como recurso em saúde mental, é parte da comunidade, mas a comunidade não se limita ao microcontexto da família.

Existem as instituições formais da comunidade e as informais, que representam recursos potenciais de um serviço que vai desde a paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos. A rede de lugares, recursos e oportunidades é infinita, são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar (SARACENO, 2001).

A atenção desenvolvida no CAPS deve abranger intervenções na rede de serviços, na comunidade, junto a outros setores de diversas naturezas, como clínicas, familiares, moradia, direitos, lazer, cultura e outras.

Tem o espaço terapêutico do zoológico é um serviço externo e tem tido grande repercussão para desconstruir essa lógica. A própria administração do zoológico me chamou no início dessas reuniões porque queriam que os usuários só entrassem quando a gente chegasse e saíssem junto conosco. Eu fui contrária e disse que lá era um espaço público, qualquer pessoa pode frequentar, eles como cidadãos de Volta Redonda têm direito a frequentar. Programamos saída nas ruas, eles vão visitando os bairros, as pessoas se identificando com os lugares. Outro passeio que está programado é o passeio na praia em Angra dos Reis. É muito bacana a gente vai desconstruindo dentro da própria saúde, porque a gente quando manda um memorando solicitando um ônibus para essa ida na praia a primeira resposta é não. Como que vocês vão levar esses pacientes para a praia? É risco de vida. Praia é risco de vida para qualquer pessoa, viver é risco porque eles são pessoas vivas, precisam correr risco se não vão deixar de viver. A gente começa a desconstruir isso com a secretária de saúde, com a coordenadora do programa e isso a gente vem desconstruindo escadinha por escadinha até fazer essas pessoas entenderem que a proposta é essa e de que maneira essas pessoas precisam estar neste espaço (...). (profissional 3)

Antes de introduzir mudanças na percepção que a sociedade tem sobre a loucura, precisamos nos atentar no que os próprios profissionais pensam sobre a questão. Caso contrário, a tendência é reproduzir práticas de reservar os papéis e os locais pelos quais essas pessoas podem circular na sociedade.

Os profissionais de saúde mental devem se empenhar para fazer a loucura caber entre nós. Isso se faz com o cuidado dos trabalhadores e dos serviços, visando conduzir os usuários a mover-se, ao acontecer da vida, para além dos espaços institucionais sem qualquer tutela dos profissionais (LOBOSQUE, 2003).

A integração externa se refere à forte permeabilização do serviço a saberes e recursos existentes que não são vistos e muito menos utilizados. O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver e usar outros saberes e outros recursos. Entre as características de um bom serviço encontramos a flexibilidade e a diversificação, logo, o serviço não deve ser produtor de uma oferta fechada à qual o paciente deve se adaptar. O bom serviço é aquele com alta integração interna e externa (SARACENO, 2001).

Existe uma oficina de esporte, que a gente utiliza um local que está vinculado à SMEL (Secretaria de Esporte e Lazer) e existe também a oficina de jardinagem não sempre, mas algumas situações que os usuários vão pra

Fazenda do Ingá, que pertence à prefeitura, à secretaria que cuida dos jardins do município. (profissional 7)

Entretanto existem dificuldades a serem superadas pelas equipes no sentido de promover essa integração dos CAPS com a comunidade, conforme observamos no discurso abaixo:

(...) Quase que a gente não veio para essa casa porque a comunidade não aceitou. A comunidade ficou sabendo que a gente viria para cá e fez um abaixo assinado para a prefeitura e aí disseram para a gente que não viríamos mais por conta disso. Estava tudo programado que a gente viria no final do mês passado e aí cancelou tudo, a comunidade não aceitou. A gente acabou vindo porque uma pessoa da secretaria teve no CAPS e ela ficou indignada com as condições do local, falou que não dava mais para trabalhar naquele local e o único local que tinha em vista era aqui (...) Aí a gente veio para cá. (profissional 1)

A fala do profissional sinaliza que o CAPS não tem assumido a tarefa de desconstruir estigmas e preconceitos historicamente atribuídos ao paciente psiquiátrico. O CAPS continua sendo um *gueto*, como os hospitais psiquiátricos. As unidades devem pensar no significado de um serviço dia, de base territorial, que possa interagir com a sociedade.

Ainda na fala do mesmo profissional observamos a tentativa de um trabalho com a comunidade:

A gente ainda não conseguiu desenvolver outros trabalhos com a comunidade, a gente tentou fazer um trabalho com as residências terapêuticas e acabou não fazendo, a comunidade não vem aceitando, principalmente no bairro Vila Rica. (profissional 1)

A integração externa de um serviço é função não só dos recursos existentes, mas de sua visibilidade e ativação. Nesse sentido, um trabalho desenvolvido junto à comunidade antes mesmo do CAPS ou das residências terapêuticas se mudarem para a localidade poderia se constituir em um grande recurso, capaz de instaurar outras relações entre usuário, serviço e comunidade.

Os recursos humanos de um serviço são considerados fundamentais, não só pelo seu número, pela quantidade de profissionais, mas principalmente pela motivação com que trabalha as expectativas que têm em relação ao paciente, o senso de pertinência a um projeto coletivo, a qualidade das relações que se realizam no ambiente de trabalho.

Podemos perceber que os profissionais ainda não tomaram para si a responsabilidade de ir ao território para mobilizar recursos comunitários alternativos que não nos moldes dos que são ofertados no espaço interno dos serviços. O CAPS tem o compromisso de promover a articulação com demais serviços e recursos comunitários, num incessante movimento dirigido de dentro para fora do CAPS.

O que a gente promove no CAPS, agora, é a entrada nos Programas de Saúde da Família, para tá indo para esses locais para reprimir a demanda, para isso o CAPS está indo para campo. Como a agente está pouco tempo nessa casa, tem uma semana, os vizinhos estão apavorados né. Um CAPS do lado de sua casa num bairro nobre, isso assusta. A gente tem que pensar nessa estratégia de trabalhar com a comunidade, se não daqui a pouco a população vai estar apavorada. (profissional 2)

A população já está apavorada uma vez que se articulou junto à associação de moradores do bairro para mover um abaixo assinado endereçado à prefeitura para impedir a instalação do CAPS naquela localidade. Esse momento de trabalhar com a comunidade já passou.

Essa fala chama a atenção para o fato de que o CAPS não tem desenvolvido nenhum trabalho junto à comunidade, mas, para reprimir a demanda, o CAPS tem procurado envolver outros serviços situados na comunidade, como é o caso do Programa de Saúde da Família. Observa-se ainda que a estratégia de se trabalhar com a comunidade local onde recentemente o CAPS foi implantado é uma situação a ser pensada posteriormente, não se constituindo uma prioridade.

A articulação do CAPS junto à rede de serviços, a exemplo das parcerias estabelecidas com o Programa de Saúde da Família, prevê o atendimento conjunto visando a aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde mental pelas equipes locais. Atuam no sentido de reconhecer demanda, de dar suporte, discutir e intervir conjuntamente e não na direção contrária.

A comunidade, a família e o usuário devem deixar de ser vistos como consumidores nos serviços, relegados ao papel de custos, para se constituir um importante recurso no cuidado.

O modelo segundo o qual existem os serviços - que constituiriam o recurso - é o principal determinante da “natural” diferença de poder entre curadores e assistidos, da “natural” micro e macro violação contínua dos direitos dos tratados, do progressivo empobrecimento da eficácia dos recursos

institucionais, da adoção de modelos fechados e auto-reprodutivos de intervenção. (SARACENO, 2001, p.106)

Podemos observar na fala da profissional abaixo como a lógica do serviço reitera esses papéis cristalizados, que não reconhecem as potencialidades dos usuários, das famílias e da própria comunidade.

A gente aqui tentou fazer um bazar. Mas como a gente sofre com essa coisa da rotatividade profissional, a gente não pode se dar ao luxo de ficar atento só pra esse momento. Porque às vezes tem paciente individual, tem grupo, tem convivência... E um bazar é uma coisa que você tem que estar ali, diretamente ligado, até pra envolver o usuário, pra envolver o familiar. (...) Então foi uma tentativa que a gente fez ano passado, a gente montou um bazar e fez divulgação no bairro, nos comércios, pedindo doações (...). Foi uma tentativa, mas infelizmente a gente não pode dar prosseguimento por conta da estrutura mesmo que é oferecida, da instabilidade dos funcionários, dos técnicos... Do próprio envolvimento dos técnicos, que nem todo técnico tem desejo de estar trabalhando nessa modalidade, e aí a gente tem que respeitar isso. (profissional 9)

As ações de um CAPS devem ser inovadoras, distanciando-se das tradicionais funções exercidas pelo ambulatório. A fala do profissional aponta o contrário, o quanto que essa assistência ainda reproduz o cuidado centrado no indivíduo. A prioridade deveria ser o trabalho na coletividade, envolvendo usuários e comunidade. A atividade de bazar poderia ser uma forma de trazer as pessoas do bairro para o cotidiano do serviço, constituindo-os parceiros na assistência.

Voltamos a reforçar a importância dos trabalhadores de saúde mental enquanto recursos humanos compromissados com um projeto coletivo na busca da superação de práticas institucionalizantes para práticas mais comunitárias. Não se trata de uma questão de se respeitar o profissional e sim de pensar qual o compromisso ético que o profissional deve ter para atuar nesses serviços.

Entretanto, ressaltamos um trabalho desenvolvido na comunidade, ainda que não se configure como iniciativa dos serviços, mas que tem recebido o incentivo destes: a Terapia Comunitária, entendida por alguns profissionais como recurso terapêutico da comunidade. Cabe destacar ainda que, dos quatro serviços estudados, apenas um mencionou a Terapia Comunitária como recurso utilizado pelo próprio CAPS.

A gente tem tentado inserir os nossos usuários na roda de Terapia Comunitária que é um espaço para a Saúde Mental, é aqui no zoológico, mas não é promovida pelo CAPS. (profissional 2)

A Terapia Comunitária é uma proposta desenvolvida por um médico psiquiatra, vinculado ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, que surgiu na década de 1980. Segundo informações da Associação Brasileira de Terapia Comunitária, a mesma pode ser considerada:

Um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, europeus e orientais, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um. (ABRATECOM, 2009)

Ainda segundo informações da instituição, a terapia comunitária tem-se mostrado um excelente recurso para lidar com o sofrimento decorrente da exclusão social, pobreza e violência que atinge a sociedade. Essa proposta consiste em cuidar da saúde comunitária através da prevenção e um olhar mais integral do indivíduo, não centrando nos aspectos da doença. Os grupos são estimulados a usar de sua criatividade e construir novas relações através dos seus próprios recursos. Sobre a utilização da Terapia Comunitária no trabalho do CAPS:

A gente tem saído para o horto e encaminhando os usuários para a roda de Terapia Comunitária. Eu não sou a pessoa mais indicada para falar para você o que é uma roda de terapia, porque eu não gosto, vou falar mais pelo meu lado. A roda de terapia acontece no horto em Volta Redonda e acontece em vários lugares. É um projeto desenvolvido por um médico de Fortaleza que trabalha com pacientes de saúde mental. Alguns profissionais fizeram esse curso e trouxeram para cá. Aqui em Volta Redonda tem em vários Programas de Saúde da Família, no Centro Universitário de Volta Redonda (Unifoa) campus Três Poços, no bairro Santo Agostinho, no horto. E aí as pessoas vão para essa roda e se estabelecem as regras, cada um fala um problema, uma coisa que queira discutir na roda e depois se elege aquele problema que se quer discutir e cada um dá sugestões para aquela pessoa que está com aquele problema, é conversado sobre ética no início. Para o que conversado não sair da roda. Eu acho que você acaba cutucando algumas coisas nas pessoas e só aquela roda não vai dar conta. (profissional 1)

A Terapia Comunitária é entendida como uma modalidade de tratamento não-médica e não-especializada dos problemas mentais. Não se trata de algo substitutivo ou alternativo à biomedicina, mas algo complementar.

Cabe ressaltar que a Terapia Comunitária destina-se a usuários de saúde mental que possuem quadros de transtornos leves e moderados, constituindo-se uma alternativa ao recurso da medicalização, principalmente de remédios como antidepressivos e ou ansiolíticos. Deste modo, faz-se necessário uma análise maior sobre os benefícios que esta modalidade de cuidado pode trazer para os pacientes assistidos no CAPS com quadros de transtornos mentais de média a alta complexidade, mas tal discussão não pretende ser abordada neste estudo.

Fica uma reflexão sobre as reais possibilidades e limites das abordagens dos especialistas no campo da saúde mental em promover melhoras para um paciente com transtorno mental abrindo caminhos para se permitir outros olhares e outras possibilidades.

2.12.3 Inserção da família na assistência

Um aspecto central da reestruturação da assistência psiquiátrica se refere à possibilidade do usuário realizar o tratamento permanecendo junto à família. Deste modo, a família é considerada um importante espaço de reinserção social e a sua participação na assistência em saúde mental se constitui um elemento indispensável para a concretização da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, é de suma importância que o CAPS desenvolva ações voltadas à família. O familiar deve ser considerado um parceiro do serviço na assistência ao usuário, bem como na sua reinserção nos diversos espaços da vida social. A família muitas vezes é o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo.

Todos os CAPS estudados oferecem ações voltadas para a inserção da família no serviço. Os profissionais entrevistados trazem em suas falas as seguintes estratégias que oportunizam a participação da família no cuidado: reunião de família e/ou grupo de família e acolhimento individual.

Sim. A gente tem a Reunião de Família que acontece de 15 em 15 dias. A gente planeja de 2 em 2 meses, uma reunião no sábado que não fosse só uma reunião de família, que fosse um momento de lazer, para as pessoas estarem vindo. A gente chama as famílias das outras unidades. E sem participação dos usuários, a gente quer mostrar que a gente acolhe o usuário, mais tá aqui para acolher a família também. (profissional 1)

Grupo de família, tem o acolhimento individual quando a família tem questões mais complicadas. A idéia é sempre aumentar a participação da família. (profissional 15)

A família enquanto unidade de cuidado, principalmente nas situações de doença dos seus membros, necessita de apoio e orientação que visem a fortalecê-la quando esta encontrar-se fragilizada (SCHARANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Dentre as estratégias, o grupo de família apareceu como a principal atividade:

Nós temos o grupo de família quinzenal. Sempre que a gente percebe no atendimento que precisa de alguma orientação na gente encaminha essa família para o grupo. (profissional 13).

Aqui eu possuo dois grupos aqueles que são exclusivamente para familiares, um para os familiares mais novos e um para os familiares mais antigos. (profissional 7)

Podemos perceber que as famílias também participam da assistência através de eventos festivos promovidos pelas unidades.

Sim. Reunião de Família, os eventos de datas comemorativas, festa junina, natal. (profissional 2)

Na festa de Natal as famílias participaram agilizando ações, se o serviço estivesse mais organizado estes espaços seriam maiores. (profissional 4)

A participação ativa das famílias nas estratégias de cuidado, inserida nas diversas atividades do CAPS como festas e grupos, pode possibilitar a construção de laços. Isso oportuniza que o usuário e a família sejam escutados e acolhidos no sofrimento trazido por eles. As atividades das quais a família tem participado se constituem estratégias de integração entre equipe, família e usuário.

A família deve ser compreendida como um grupo que se une aos profissionais de saúde para o enfrentamento e gerenciamento do cotidiano dos pacientes, promovendo o acolhimento e a socialização. Deve ser vista como parceira do serviço no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, contribuindo para a sua inserção na comunidade (SCHARANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Continuando a discussão sobre a inserção da família nos CAPS, indagamos aos profissionais se os espaços oportunizados para a participação da família no serviço têm

contribuído para uma maior adesão das famílias na assistência. Nos depoimentos abaixo constatamos que:

A relação das famílias com o serviço melhorou, a partir da forma como a pessoa volta depois para falar de algum problema que está passando com o usuário. A forma como ela interpreta a crise, como ela chega no CAPS para reclamar né. Ela chega agressiva e depois ela chega dizendo que a pessoa não está bem e está precisando de ajuda. (profissional 1)

Eles têm aderido. Há um tempo atrás não, mas agora a gente vê que o número de familiares aqui dentro está bem maior, eles estão percebendo mais a importância de estarem aqui. Existem famílias aqui dentro de pacientes que não estão no programa, de pacientes que não aderem, mas a família adere. E isso é muito bom porque a gente percebe que com isso o próprio paciente chega à Unidade depois. Vendo o interesse da família eles chegam. (profissional 5)

Podemos identificar que a maioria dos profissionais percebe que a relação das famílias com o serviço e a adesão melhorou muito. O grupo é um dos caminhos para o fortalecimento dos vínculos e para o envolvimento da família.

Existe a reunião de famílias, pelo que eu vejo pelos meus pacientes, melhorou. A família consegue compreender que é uma doença. Porque a dependência química, ela traz muito estigma de que a pessoa bebe porque é vagabunda, usa droga porque é à toa. (profissional 6).

Ontem a gente fez aqui a festa de final de ano, a gente percebeu a participação da família. E a gente percebe assim, que a recuperação do paciente está muito ligada à família. Quando a família é atuante, a melhora deles é muito mais fácil. (profissional 6)

A família ocupa grande importância no processo de reabilitação, portanto é preciso que os serviços estejam com as portas abertas, incentivando a participação das famílias junto às ações desenvolvidas. O CAPS deve fornecer ainda suporte para que a família possa contribuir para a melhoria do usuário. (BIELEMANN *et al*, 2009).

Tem melhorado muito tanto a adesão dos familiares, quanto aqueles usuários que estão bem no tratamento, conseguindo levar o tratamento adiante, são aqueles que têm a presença da família na unidade, que é fundamental. Não é possível um tratamento de dependência química sem a presença da família. (profissional 7)

A grande constatação é de que se a família não está junto esse paciente demora a melhorar. A gente tem alguns retornos muito bons. (profissional 13)

Entretanto, as ações de inclusão da família no serviço devem possibilitar não apenas a inserção do usuário no seu grupo familiar e na comunidade, mas, sobretudo a inserção da família nas práticas dos trabalhadores, pois esta é uma das dimensões fundamentais no cotidiano do serviço (SARACENO, 2001).

O serviço precisa viabilizar de fato a participação da família para além de espaços destinados a esta, em que em sua maioria são conduzidos por profissionais sem um compartilhamento da responsabilidade no cuidado.

Apesar de muitos profissionais terem mencionado que as famílias têm participado mais, dividindo responsabilidades no cuidado dos usuários atendidos nos serviços, ainda são grandes os desafios para uma maior mobilização desses familiares.

A relação tem melhorado a gente tenta mostrar a importância da presença dele no tratamento do usuário. A gente percebe que quando o usuário tem o apoio da família, ele melhora muito. A gente procura entender a dificuldade da família em lidar com o usuário, o medo que muitas vezes eles têm. A gente faz um trabalho o tempo todo com a família, mais nem sempre a gente tem a participação da família. É uma minoria que participa, muitos familiares abandonam, não participam se omitem. Ainda é muito difícil, a gente tem que sensibilizar a família. (profissional 15).

A adesão da família é bem complicada, a maioria das vezes a família vem procurar o serviço só quando o usuário está em crise. A gente tem aqui no CAPS umas cinco famílias que eu posso dizer que elas frequentam as reuniões. As demais vêm quando a gente liga ou a gente pressiona um pouco quando o usuário está em crise. (profissional 1)

Destaca-se a complexidade de se cuidar de uma pessoa com sofrimento psíquico, por isso deve-se ter o cuidado de não culpabilizar a família. Quando um dos seus membros é acometido por alguma doença, essa condição afeta todo o grupo familiar, ocasionando o adoecimento das pessoas que exercem o lugar do cuidado. Deste modo, é imprescindível que as atividades e os espaços destinados ao acolhimento da família nos serviços de saúde mental atendam de fato às necessidades dessas pessoas, na perspectiva de que a família precisa ser cuidada e fortalecida.

A participação ainda é pouca, a família poderia ser mais ativa, Mas é a gente que tem que promover esse incomodamento da família. (profissional 2)

Grande parte não vem aos encontros, hoje temos em torno de 80 usuários que freqüentam o serviço e na última reunião vieram em torno de 30 familiares o que nos surpreendeu porque o espaço encheu. São sempre as mesmas famílias, mas a gente entende que uma vai contaminando as outras. (profissional 3).

Cada caso é um caso. Tem casos que a família está implicada e tem aquelas que só vêm porque são cobradas pela justiça e Conselho Tutelar. (profissional 10)

As estratégias de inclusão da família nas ações desenvolvidas pelo CAPS muitas vezes passam pela responsabilização desta. Historicamente a família ocupou o papel de cuidar e garantir a reprodução dos seus membros. As ações dirigidas para a família pelas equipes dos CAPS precisam considerar qual o papel que esta tem na reabilitação social, não devendo ser vista apenas como suporte para o profissional e para o serviço (BIELEMANN *et al*, 2009).

2.13 Impacto

2.13.1 Efeitos das ações do CAPS na vida dos usuários

Avaliar os impactos, os efeitos que o trabalho realizado pelo CAPS tem produzido na direção de mudanças efetivas na realidade de vida dos usuários se constitui um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica.

Em que sentido a assistência prestada pelo serviço nas características da realidade que pretendia transformar? Esse modelo de atenção deve favorecer a reinserção social, substituindo à lógica hospitalocêntrica e asilar.

A avaliação deve expressar o que mudou no grau de qualidade de vida, acesso à renda e trabalho, nível de politização, ocupação de espaços públicos pelos usuários desses serviços, entre outros aspectos (ARRETCHE, 2006).

Este estudo privilegiou a fala dos profissionais, no sentido de refletir sobre os cuidados que estão sendo produzidos por estes e pelos serviços onde atuam. Apontamos os limites dessa abordagem, uma vez que não foram escutados os usuários e os familiares a quem se destinam esses cuidados de saúde mental e que de certo poderiam contribuir em muito para pensarmos os impactos do CAPS.

Nessa perspectiva, indagamos os profissionais se os CAPS estariam contribuindo para o processo de reinserção dos usuários e quais mudanças foram identificadas na vida dos usuários. O discurso dos profissionais revela:

Sim, oferecendo para eles as atividades do CAPS. Estou pensando num exemplo... O PSF ligou para a gente falando de uma pessoa que ficava trancada dentro do quarto. O quarto era todo esquisito e ela não aceitava sair. O CAPS começou a fazer visita para fazer um vínculo. Aí a pessoa começou a vir no CAPS uma vez por semana. Hoje em dia ela vem todos os dias e essa semana ela chegou perto do pessoal e falou assim “gente eu não gostei dessa casa não tem nenhuma oficina funcionando”. Aí a gente falou calma, a gente acabou de se mudar, vai voltar as oficinas. Hoje você vê o tanto que ela conversa, ela não conversava só ficava isolada na casa dela e hoje em dia ela participa ativamente das oficinas. A gente vê que isso inclui a pessoa, ele tem mais diálogo coisa que ela não tinha antes, eu acho que isso é uma forma de incluir. (profissional 2)

De alguns sim. Por exemplo, eu tenho paciente que chegou aqui anoréxica e hoje eu estou vendo ela trabalhando. Olha que progresso. Ela não fazia nada, ficava com medo de morrer, que não sei quem ia matar, ia acontecer isso e agora ela está trabalhando. Eu vou te dizer que nem 30% mudou, mas pelos menos os 30% vão mudar, o resto...Porque tem umas doenças que você sabe que não tem muito jeito né. O autismo não tem muito jeito de você melhorar. Mas aquele pouquinho que tem, tem que ser reinserido. (profissional 11)

A reinserção social pode acontecer em diversas esferas da vida social se contrapondo ao modelo asilar que reduziu projetos de vida e suprimiu as expressões e sentimentos dessas pessoas, o que comprometeu a possibilidade de muitas viverem sem a ajuda de outras. As equipes dos CAPS devem estar organizadas de modo a acompanhar essas pessoas, contribuir para que consigam construir sua autonomia e independência. A fala do profissional abaixo sinaliza algumas contribuições do trabalho do CAPS:

Sim. Primeiro, uma certa autonomia de ir e vir. Muitos vinham acompanhados dos familiares, agora eles já passam a andar sozinhos, já tem essa liberdade de andar sozinho. Alguns estão trabalhando, outros conseguiram o benefício e com essa renda eles participam mais, de ir ao cinema... É o que se comenta nas rodas de terapia que a gente faz. Alguns vão ao cinema, vão ao baile da 3ª idade, já tem essa autonomia de tendo o dinheiro deles, fazer essa refeição que não seja em casa ou aqui no CAPS, que é um restaurante; eu acho de certa forma um avanço, um auxílio que o CAPS dá pra esse sujeito. (profissional 14)

A maioria dos profissionais acredita que o CAPS tem contribuído para o processo de reinserção das pessoas atendidas.

Tem contribuído muito, pessoas que casaram, constituíram família, pessoas que voltaram a trabalhar ou que começaram a trabalhar e conseguiram estudar. (profissional 15)

O trabalho é entendido por muitos profissionais como sendo um importante espaço de socialização das pessoas enquanto estratégia de cidadania, de autonomia e de emancipação social.

Eu acredito que tenha ajudado sim. E reinserção social no aspecto realmente de retomada do trabalho, auto-estima. Nós temos pacientes aqui, que já estão saindo daqui fazendo cursos em outros lugares e voltando para cá para ensinar. Nós temos um paciente que saiu, incentivado por um profissional aqui de dentro foi fazer um curso na Fundação Beatriz Gama, e ele está fazendo a oficina de artesanato aqui dentro hoje. Outros pacientes que estão participando mais ativamente (...) eles estão conseguindo realmente se reintegrar a uma sociedade, uma atividade fora daqui. (profissional 5)

O Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho instituíram em 2005 a portaria nº 353 que criou o grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária. Esse grupo tem por objetivo estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária; realizar mapeamento das experiências de geração de renda e trabalho, cooperativas, bolsa-trabalho e inclusão social pelo trabalho, realizadas no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica; propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária.

Entretanto, os CAPS não possuem nenhuma iniciativa de inclusão pelo trabalho e geração de renda. Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica consiste na inclusão social dos usuários em atividades produtivas, situação esta agravada pelo contexto econômico da sociedade capitalista perpassada pelo desemprego e pela precarização das relações de trabalho.

A inclusão social pela educação também foi um elemento presente na fala dos entrevistados e muitas vezes estando associada à inclusão pelo trabalho. De fato a qualificação para o mercado de trabalho é na atualidade um fator imprescindível para ocupação de postos de trabalho. Cabe ressaltar que em um dos CAPS foi possível identificar a existência de uma parceria com a Política de Educação através do “Programa Brasil Alfabetizado” (PBA).

Entretanto, ainda se faz necessária a ampliação de projetos de reinserção social articulados com a rede de políticas sociais existentes no município, transformando experiências isoladas em verdadeiras referências de cidadania. Para alguns profissionais os CAPS poderiam contribuir mais no processo de reinserção social.

Eu acho que contribui pouco, poderia contribuir muito mais. O retorno à escola, muitos usuários chegam ao serviço e não estão estudando há um tempão. Alguns casos não conseguem avançar por causa da estrutura do serviço. Tinha uma paciente que esteve muito mal e após o tratamento teve a iniciativa de pedir emprego, parou de usar droga, de se colocar em risco, até sexual. Se organizou de uma tal maneira que quem conhecia ela antes não reconhece agora. (profissional 10)

Concretamente? Até esse momento de forma pouco relevante. De algumas mães que a gente tem lá, houve uma melhora na relação familiar, no caso de pacientes que eram mães de não perder seus filhos, que o CAPS contribuiu na melhoria da relação das pacientes no cuidado com os seus filhos. Tem conseguido fazer alguma coisa informalmente, como pacientes que vendem produtos como autônomos, usuários que já conseguem morar sozinhos, gerir minimamente a sua vida (...). (profissional 4)

Os CAPS têm sido identificados como espaços de muitas possibilidades para os portadores de transtorno mental. Espaços de convivência e trocas sociais, de lazer, de produção de subjetividades, de melhorias nas relações familiares, de valorização de potencialidades na busca de uma nova existência de vida para essas pessoas.

A gente tem vários pacientes que voltaram a estudar, arrumaram um emprego, tem até uma paciente que tirou carteira de motorista. A família traz um retorno e esse retorno é legal. Nestes casos o paciente tem consciência do transtorno, quando não tem é mais difícil. (profissional 13)

Eu acho que quando eles melhoram a auto-estima, vou te falar dentro do meu viés que é a psicologia, eles conseguem perceber que eles são capazes de muitas coisas, e aí quando eles percebem que eles têm essa capacidade, eles começam a buscar. Então eles buscam atividades esportivas que até então eles achavam que não era para eles, eles buscam estudar. Agora aqui a gente tem o projeto de alfabetização, então eles buscam estudar. A gente tinha um paciente aqui que era analfabeto de tudo, hoje em dia ele já está lendo. Então quer dizer, isso vai melhorar tudo na vida deles. Quando eles percebem que eles são capazes de fazerem algo além da droga, “porque tirem essa característica nossa eu só sei usar droga, eu só sirvo pra usar droga, não. Eu sirvo para estudar, eu sirvo para fazer uma atividade física, eu sirvo pra tantas coisas, pra fazer passeios.... (profissional 6)

O fenômeno da dependência química tem sido analisado em suas mais variadas dimensões com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas. As ações de prevenção, tratamento e reabilitação dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas atualmente integram a Política de Saúde mental através da Política para a Atenção

Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Os CAPSad passam a ser a principal estratégia de tratamento, prevenção e promoção da saúde na perspectiva da redução de danos³⁹.

O atendimento na área da dependência química se dava em locais fechados, como clínicas, com tratamento disciplinar, e acabaram produzindo o isolamento social e o estigma associado ao uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS se constituem então a principal estratégia de vida em comunidade para os pacientes que necessitam de cuidados em saúde mental. Como afirma a profissional abaixo:

O CAPS reinsere de um jeito ou de outro. Ou bem feito ou mal feito. A partir do momento que fecha o hospício, fecha a internação, a porta de entrada. Esse usuário vai cair em algum lugar ou no CAPS, ou na família ou na rua. Eles estão convivendo muito mais com a sociedade e a sociedade está aprendendo a conviver mais com essas pessoas. (profissional 3)

O CAPS é assim definido como um serviço comunitário que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais no seu território de abrangência. A assistência deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos profissionais e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizam o estigma e promovam a qualidade de vida e a inclusão social.

³⁹ A redução de danos consiste em uma estratégia da saúde pública que visa a reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. No caso específico do Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), objetiva reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis, e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral. A Redução de Danos tem sido a política prioritária para o desenvolvimento de ações junto a usuários de drogas e são desenvolvidas pelas três esferas de governo e também pelas organizações da sociedade civil. O Ministério da Saúde tem envidado esforços para fortalecer a parceria entre os Programa de Saúde Mental, Programa de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST e Aids, objetivando promover a integralidade da atenção e a visibilidade da redução de danos como uma Política de Saúde pública. A Portaria nº. 1.028 de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde preconiza estabelecer diretrizes que orientam a implantação das ações e, desta forma, o Ministério subsidia municípios e estados na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas. (disponível em <www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS21AF2FB2PTBRIE.htm>acesso em 23 de abril de 2010).

2.13.2 Problemas ou entraves na Política de Saúde mental

Consideramos que os problemas ou entraves na Política de Saúde mental interferem diretamente no trabalho do CAPS e se relacionam aos impactos desejados ou produzidos por este enquanto serviço.

A maioria dos profissionais apontou problemas que se relacionam com a política de recursos humanos do município. É importante destacar que desde o ano de 1995 o município não realiza concurso público para a área da saúde. Entretanto, em março de 2010 foi lançado o edital de concurso para a área da saúde para o provimento de cargos como assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem entre outros. As vagas para assistentes sociais somam oito e para o cargo de psicólogo também. No entanto só neste estudo, no âmbito do Programa de Saúde Mental, encontramos nove psicólogos trabalhando por outros vínculos, que não pela via do concurso público. Tal questão nos faz questionar se de fato o concurso público irá instituir outras relações trabalhistas, vindo a substituir a atual política de contratação de recursos humanos da Secretaria de Saúde.

No que se refere aos recursos humanos os profissionais revelam:

Falta de recursos humanos, em função da política de recursos humanos do município de estar a muito tempo sem concurso público, a forma como os profissionais chegam ao serviço para desenvolver o trabalho. (profissional 4)

Tem muitos problemas principalmente quando a gente trabalha no serviço público. Tem alta rotatividade de profissionais, o profissional que tem uma certa experiência ele sai porque encontra proposta de trabalho melhor, melhor remunerada. Isso é uma grande dificuldade que a gente tem. Falta de recursos materiais para realização de oficinas, são muitas questões. (profissional 15)

A contratação e admissão de pessoal são indispensáveis para a implantação dos serviços substitutivos. Atualmente os gestores investem pouco nesta contratação. Os concursos públicos, quando acontecem, não consideram em seu programa o perfil do trabalhador exigido pelo modelo substitutivo.

Entre os problemas encontrados no desenvolvimento do trabalho no CAPS identificamos na fala dos profissionais que os recursos humanos são insuficientes e pouco qualificados. Há precariedade dos vínculos empregatícios, baixos salários, rotatividade de profissionais, problemas de infra-estrutura, recursos materiais, problemas de adesão da equipe

ao próprio trabalho e desvalorização profissional, além da descontinuidade da assistência em função da grande demanda, como podemos observar nas falas a seguir:

Infra-estrutura precária em todos os sentidos. Recursos humanos insuficientes e pouco qualificado, isso talvez aconteça pela desvalorização que o profissional tem inclusive em termos de salário. Baixo salário, falta de uma política pública de cargos e salários, ausência de concurso público. A falta de comprometimento do município com o profissional faz com que o profissional também não tenha tanto compromisso. (profissional 10)

As diferentes formas de terceirização assumem uma crescente prevalência como forma de admissão no serviço público, fazendo refletir no campo da saúde o fenômeno mundial da precarização do trabalho. Essa exploração do trabalho ameaça gravemente o seu valor. Desta forma, as reivindicações trabalhistas se enfraquecem, dificulta-se a construção de uma consciência solidária entre os trabalhadores, o que contribui para a busca de saídas individuais (LOBOSQUE, 2003).

Durante as entrevistas percebemos um pouco a desmotivação dos profissionais diante das dificuldades na realização do trabalho no CAPS.

Eu acho que é desvalorização do profissional, é um absurdo a gente ser contratado, um contrato sem um respaldo empregatício. Porque você trabalha com a tensão de a qualquer momento ser mandado embora, ou mudar a política e você sair por conta disso. Isso é péssimo. Você ter que fazer uma carga horária muito alta pra você ter um reconhecimento financeiro. Eu acho que o que a gente ganha com 40h a gente poderia estar muito bem transferindo pra 30h e não precisar ninguém trabalhar 40h. (profissional 9)

A admissão por critérios justos, que atendam às necessidades dos serviços e da população, concurso público, planos de cargos e salários, remuneração adequada e garantia de direitos trabalhistas são indispensáveis à identidade do trabalhador. Sem essas condições o profissional se sente desvalorizado e desmotivado, o que certamente interfere no trabalho desenvolvido.

Muitas vezes o trabalho técnico tem que caminhar através de demandas políticas e não o inverso. (profissional 4)

Um problema de gestão inerente a muitos municípios brasileiros se refere à distância de gestores e trabalhadores. Muitas vezes os gestores desconhecem totalmente o trabalho que é realizado pelos serviços. Essa situação contribui para decisões autoritárias, nomeações

clientelísticas de coordenações e chefias sem qualquer grau de discussão, concessão de privilégios em troca de apoio, o que compromete os objetivos do serviço.

Outro elemento importante identificado na fala dos trabalhadores é o sentimento de desvalorização, com queixas sobre a falta de reconhecimento das funções por eles desenvolvidas, bem como desconhecimento por parte das autoridades municipais.

A gente não é visto. A novela que passou agora deu um pouquinho mais de visão. A gente não tem valor. É diferente quando você apresenta um outro tipo de serviço, o trabalho não é visto perante a secretaria, a gente não tem peso por exemplo como uma unidade de PSF, mais isso também é uma questão que a gente tem que contribuir para isso, a gente tem que se fazer ser visto. (profissional 1)

Com certeza. O limite já começa a partir do momento que o prefeito que não tem nem conhecimento do que é o CAPS. A partir do momento que o maior gestor do município não tem conhecimento do dispositivo, isso pra mim é o entrave principal e maior. Eu acho que não conhece porque não é desejo, não dá ibope, não vai dar provavelmente votos lá na frente. (profissional 9)

Os problemas de infra-estrutura e de recursos materiais assumiram igual importância se comparado aos problemas de recursos humanos. Os problemas de ordem material vão desde a falta de eletrodomésticos para compor os espaços físicos de atendimento até ausência de veículos para a realização de visitas domiciliares.

Falta material para oficina (...) o ventilador dessa sala foi uma médica que comprou e o da outra sala foi uma outra profissional. A rotatividade dos profissionais é por causa do salário. O cara arruma outro emprego para ganhar mais e trabalhar menos, ele sai mesmo. (profissional 13)

As oficinas terapêuticas são consideradas um dos principais dispositivos de atendimento nos CAPS. Não é possível oferecer assistência em regime de atenção diária sem dispor de recursos terapêuticos que possibilitem integração social, desenvolvimento de habilidades, realização de atividades produtivas, funções essas entendidas como da competência do CAPS.

Vou te dar um exemplo, a gente queria montar um laboratório de informática, tem cinco anos que a gente pediu os computadores, e os computadores chegaram ano passado, e agora ninguém vem montar porque não tem ar-condicionado na sala. Daqui a pouco vai estragar tudo, porque vai ficar parado aí. (profissional 11)

Os profissionais sinalizaram também as dificuldades de infra-estrutura para desenvolver atividades externas ao espaço físico do serviço. O CAPS deve desenvolver atividades externas ao serviço como estratégia de reinserção social. Observemos a fala a seguir:

(...) Por exemplo, eu fiz uma oficina externa segunda-feira passada, e eu pedi um ônibus com 40 lugares, eles mandaram um micro-ônibus da Educação horrível, sem banheiro, sem ar-condicionado. Mais uma Kombi pra dar o número de crianças que a gente tinha contado, não vem aquilo que a gente pede. A gente pediu um lanche diferente, com uma banana, um achocolatado, além do que é mandado, não nos foi atendido. É complicado. Eu acho que pelo esforço do profissional não, porque corre atrás, por isso que eu acho que essa questão da formação nesse momento pouco importa; mas as formas como as coisas se dão, burocraticamente falando, no termo de aquisição de recursos humanos, recursos de materiais, é muito estressante. (profissional 9)

(...) Ano passado não teve um recurso novo pra Política de Saúde mental, não teve um tostão. Então não adianta falar o que a gente pode fazer, se a gente não tem dinheiro. Aqui em Volta Redonda nós vamos reformar, porque nós precisamos reformar, tiramos o CAPS Vila, do lado da São Camilo (Clínica), mudamos, está ali perto do Horto, perto do Macedo Soares (Colégio). Agora o CAPSad precisa de uma reforma grande, ou precisa sair dali, a gente vai pensar num lugar melhor; eu queria um sítio, um lugar que pudesse ter horta, jardim...sair dali., não dá pra ser longe, é um pouco mais difícil. (gestor 1)

As dificuldades apresentadas pelos profissionais e gestor comprometem as atuais diretrizes da Política de Saúde mental para os CAPS. Esses serviços devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Segundo o Ministério da Saúde, deve dispor de consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas de recreação e esportes (MS, 2004).

Eu acho que o maior problema que nós temos aqui é a questão do espaço físico, realmente. São poucas as salas, as salas são sem estrutura. A mesma sala que a gente usa às vezes para fazer um atendimento, a gente usa para fazer uma oficina. Às vezes tem profissional aqui que não tem onde ficar, porque as salas estão lotadas com grupos, com oficinas. (profissional 5)

Falta recurso, falta profissional. Tanto no sentido de material, instalação e pessoal. Precisa fazer um contato pela internet, não tem internet, você precisa de telefone não tem telefone, precisa de um carro o sujeito tá em crise você tem que ir lá e aí você pega o seu carro porque não tem carro.

Falta remédio, você faz todo um trabalho de dois, três meses e falta remédio.
(profissional 1)

Muitos são os entraves presentes na Política de Saúde mental que interferem diretamente na assistência dispensada pelos CAPS no município. A falta de profissionais, a alta rotatividade, a falta de recursos constituem-se desafios para o fortalecimento e a consolidação das propostas pensadas para a área na direção de legitimar o processo de Reforma Psiquiátrica. Como bem pontua o gestor:

Os antigos donos de casa de saúde que não morreram, continuam aí com a questão mesmo do capital, continuam querendo abrir casa de saúde, e continuam dizendo “Olha aí a política não está funcionando! Vocês não estão fazendo isso, não estão fazendo aquilo!” Porque o buraco está muito grande, e em certa medida eles têm razão, porque a gente não pode deixar pela rua hoje, essa pessoa, esse morador de rua, em grande parte é paciente de saúde mental. Cadê a política para poder estar amparando, estar dando um norte pra essas pessoas?. Política de Saúde mental é uma coisa extremamente responsável, bem pensada, acho que é a solução. A pessoa realmente tem que ser tratado, a família tem que ser trabalhada, tem que vir pra discussão, entender que processo é aquele de sofrimento. Você pega um menino que abre um quadro de psicose grave, e aí como é que trata isso? Como é que traz de volta pra conviver com essa família, e caminhar aquela vida. Tem que buscar conjunto com as profissionais que acreditam na Política de Saúde mental, e pra isso, logicamente, nós temos que ter recurso. O município fica no limite. (gestor 1)

A ausência de um ambulatório na rede de assistência em saúde mental no município também foi um elemento importante. Os CAPS que se destinam a atendimentos de média a alta complexidade convivem com uma demanda de atendimento de casos de menor complexidade. Essa procura acaba revelando a pouca articulação com a atenção básica, se constituindo um dos motivos pela grande procura dos atendimentos especializados nos CAPS.

O maior entrave que eu vejo hoje é não ter um ambulatório de psiquiatria porque aí tudo o CAPS tem que abarcar. A gente sabe que uma pessoa não é perfil mas se você vira para a pessoa “olha você não é perfil para ser inserida no CAPS”. Essa pessoa volta para o CAPS e fala agora eu sou perfil e preciso de tratamento. A gente vê que a pessoa era só para ambulatório de psiquiatria, mais light. Ou a gente abarca e fica sobrecarregado ou a gente libera essa pessoa e a pessoa volta. Teria que ter um ambulatório para ontem.
(profissional 2).

A falta de um local para atendimento das demandas de baixa complexidade, na impossibilidade de o CAPS realizar este atendimento, tem tornado mais complexos os casos em que há algum diagnóstico que requer uma intervenção psicossocial. Essa realidade compromete um trabalho de prevenção, de preservação das condições de saúde, evitando um agravamento desses quadros. Além dessas questões, a fala abaixo explicita que tal situação tem onerado os recursos na área da saúde que estão se direcionando para uma atenção curativa e paliativa, na direção contrária das atuais premissas para a Política de Saúde.

Volta Redonda tem algumas características muito interessantes, que nós fabricamos pacientes. Hoje nós temos gasto mais de um milhão de reais com benzodiazepínicos isso pra mim é você postergar o paciente de saúde mental, é você não dar uma outra possibilidade. É isso. A gente estava tentando agora fazer um centro de cuidado sistêmico, porque hoje você não fala mais integral, nem holístico, não usa esse termo. Seria um ambulatório para trabalhar com psiquiatra, acupunturista, homeopata, massoterapeuta, pra mesclar um pouco e as pessoas possam buscar um atendimento outro que não seja “estou com um problema, vou tomar um comprimido. (gestor 1)

A sobrecarga de atendimentos no CAPS, conforme apontam os relatos dos profissionais, compromete a assistência dos usuários do serviço. O usuário que deixa de comparecer ao serviço porque já não está bem e a família não consegue ou não procura levá-lo ao serviço vai ficando sem assistência porque não encontra recursos humanos e materiais que viabilizem uma intervenção nestas situações. Tal questão se evidencia na fala do profissional:

Essa assistência, eu acho que ela é fragmentada, ela é falha porque não dá continuidade. A gente tem trabalhado na questão do apagar fogo. Então quando você apaga fogo, você apaga fogo aqui e ali, você não dá continuidade a esse primeiro que você apagou, dar continuidade aos casos, pensar maior que o caso, porque o caso você tem hoje e vai ter outro amanhã do mesmo jeito. A gente tem que pensar novas estratégias para não solucionar só o caso. A falta de continuidade tem ocasionado perda de benefício, o trabalho feito durante um tempo se perde. (profissional 1)

Ainda em se tratando dos entraves na Política de Saúde mental do município, muitos trabalhadores sinalizam que as decisões são muito centralizadas. Na maioria das vezes os profissionais não participam de decisões que irão alterar a sua própria dinâmica de trabalho na unidade. Não existem espaços de discussão entre os profissionais como um fórum de

trabalhadores. Existe uma reunião de colegiado dos coordenadores de unidade, mas que não tem representatividade de trabalhadores.

A coordenação determina ações, cumpra-se. As ordens chegam sem você saber por que, se você pergunta não interessa a partir de hoje vai ser assim. Às vezes tão absurda, mas vai ser assim e acabou. Às vezes até coisas que poderiam ter um bom resultado, mais ainda não se entende o porque. Exemplo disso é um rodízio de profissionais, onde parte da carga horária os profissionais estão visitando outras unidades e depois fazer um relatório. Mas que autoridade eu vou ter para dizer o que vi de errado. Ninguém entendeu que relatório é esse, para quem vai ser entregue, o que se vai fazer com ele. Sem muita explicação. (profissional 13)

Os profissionais precisam participar ativamente dos espaços de discussão e avaliação da política, dos rumos da clínica e dos serviços porque são eles os responsáveis por implementar diretamente as diretrizes pensadas para a área. Não só os trabalhadores como também os usuários, a sociedade civil organizada têm papel fundamental nesse processo.

(...) Não há um diálogo, é como se houvesse patrões e empregados, e na minha maneira de pensar, a saúde mental não deveria ter essa hierarquia. Somos profissionais, todo mundo tem a contribuir pra saber como é melhor em determinadas situações. Então como isso já vem pronto porque não se conversa sobre isso, sai lá do prefeito e cai pro Secretário e o Secretário vem determinando, então quando chega aqui embaixo, as pessoas ficam atadas (...) Aí você tem que fazer do jeito que mandam você fazer, eu acho que esse é o maior entrave, é na nossa comunicação. Esse é o mais grave. (profissional 14).

As ações executadas pelos trabalhadores irão possibilitar o alcance dos objetivos previstos para a área da saúde mental. Esses profissionais são os responsáveis por implementar a política. Os implementadores desenvolvem as suas ações de acordo com as suas próprias referências, por isso é importante a participação destes nos processos decisórios (DRAIBE, 2001).

Sim, eu percebo que em Volta Redonda tem um contexto muito político, então muitas coisas acontecem, e não consegue ter essa coisa de programar, as coisas acontecem, e a gente enquanto profissional de saúde mental a gente tem que dar conta da população, mas não é uma coisa sentada, não é uma coisa conversada, não é uma coisa planejada. Então, tem que fazer, então faz, mas aí depois que a gente vê como que é. Hoje, aqui no CAPS AD, no setor mesmo, a gente consegue sentir o impacto das questões. Não consegue ter um planejamento sistemático do que vai ser feito, o que precisa pra poder dar conta do usuário. A gente tem que dar conta, como que a gente vai dar

conta, a Política de Saúde mental não vê isso em Volta Redonda. (profissional 8)

É necessário pensar que a política deve ser propositiva, intencional e planejada. Por esse caráter de intencionalidade a política denota intenções de governantes, forças políticas. A política é resultado de uma série de decisões e ações que envolvem vários atores políticos e governamentais, decisões estas que devem ser incorporadas pelo Estado para alcançar status de política. A política não é só a decisão, mas, sobretudo, deve ser entendida como um conjunto de ações. Não é só o governo que decide o que fazer, mas sim a política é fruto das interações entre os diversos atores políticos e sociais (VILLANUEVA, 2006).

Eu vejo que o programa tem dificuldade de levar essas questões para outros níveis hierárquicos de maior poder de decisão. Essa é a minha impressão de que as coisas são muito engessadas. (profissional 3)

A política pode ser entendida como um conjunto e seqüência de decisões relativas às escolhas de fins e meios. Implica a decisão de uma ação ou até mesmo uma omissão, de fazer ou não fazer nada sobre um sistema político e social. A política está intrinsecamente ligada às relações de poder, se refere a determinados campos e jogos de interesse. O campo da política se constitui uma arena onde se convergem forças (VILLANUEVA, 2006).

A necessidade de realizar uma ação mais articulada com a rede assistencial no município também foi apontada pelos profissionais. A dificuldade de ofertar um atendimento mais integral para esse usuário se manifesta entre as próprias unidades do Programa de Saúde Mental, o que pode ser observado no discurso do profissional abaixo:

Eu percebo assim, o grande problema é que quando o paciente está aqui dentro do CAPSad, ele não é um paciente só do CAPSad. Ele é um paciente que precisa de um tratamento aqui dentro, ele precisa de um tratamento no NAPS, de um tratamento talvez na Usina e muitas vezes a gente não tem esse retorno. A gente tem um certo limite. O paciente chegou no NAPS, é usuário de álcool, ele tem que ser paciente do CAPS. E muitas vezes ele não é só um paciente do CAPS, ele é um paciente do município, um paciente da saúde mental, então ele precisa ser visto por todos os locais, e muitas vezes a gente tem esse limite. (profissional 5)

A Política de Saúde mental vem se construindo em meio a limites explicitados nas falas dos profissionais. A não efetivação de uma política de recursos humanos se constitui um forte entrave à assistência em saúde mental. Problemas como a descontinuidade de projetos,

interação entre equipe, processo de tratamento dos usuários, dificuldades para articulação e efetivação de uma rede de atendimento integral são algumas contradições aos avanços propostos pela política.

(...) A questão dos recursos humanos é primordial, estratégico, essas pessoas precisam ter vínculo, precisam ser pagas e precisam de recursos. Então este é um grande entrave hoje. A gente tem discutido isso e essa discussão tem que vir pro centro da mesa, senão nós vamos ficar falando de Política de Saúde mental, mas sem estrutura pra poder construir essa política. Isso é uma coisa muito grave que está acontecendo. (gestor 1)

A questão do vínculo se constitui um aspecto fundamental. Se o profissional não tem vínculo com o serviço como estabelece vínculo com o usuário? Essas questões que envolvem o trabalhador repercutem diretamente sobre os usuários interferindo na qualidade do atendimento que estes recebem.

O Programa de Saúde Mental hoje enfrenta o desafio de realizar um trabalho interado com outras secretarias, instituir uma política de recursos humanos, conquistar maior visibilidade dentro da própria prefeitura e comunidade de uma maneira geral, melhorar estrutura física das unidades e dispor de mais recursos materiais.

2.13.3 Contribuições da Reforma Psiquiátrica no município.

A Reforma Psiquiátrica deve ser entendida como um processo em movimento que vem trazendo mudanças significativas à transformação do modelo assistencial no campo da saúde mental.

Como resultado desse processo destacam-se as experiências inovadoras de vários serviços que demonstraram a viabilidade da substituição de uma rede manicomial, através da implantação de uma rede integrada de serviços de base comunitária que começa a prescindir dos recursos do manicômio. Essas novas práticas têm demonstrado que é possível conviver com as diferenças e que é preciso instituir na sociedade contemporânea uma nova relação com a loucura.

O movimento de Reforma Psiquiátrica possibilitou muitas conquistas e mudanças na organização da assistência em saúde mental no município de Volta Redonda. Entre as transformações ocorridas está a construção de uma rede integral de base territorial que oferece assistência diária à população usuária dos serviços de saúde mental. Destaca-se ainda o

fechamento da Casa de Saúde Volta Redonda – hospital psiquiátrico, possibilitando que as internações não mais resultem em institucionalização, conforme os preceitos da psiquiatria tradicional.

Volta Redonda é o município na região do Médio Paraíba que possui o maior número de serviços do tipo CAPS, totalizando cinco serviços e se constituindo uma referência na região. A fala do gestor evidencia tal questão:

O marco da Reforma Psiquiátrica foi a partir da intervenção em 1994. A partir desse momento houve uma intervenção do Ministério da Saúde no sentido de promover uma melhoria na assistência. Isso é uma mudança significativa tanto dentro como fora do hospital, como os CAPS. Como a Usina de Sonhos que era um ambulatório diferenciado que virou um CAPS. Um ganho muito grande dos leitos na emergência. Tá fazendo muita diferença nesse processo de mudança. A convivência dos usuários com a sociedade, a gente tem uma convivência pouco menos rígida, não quero perto de mim, mais já não quero eliminar essa pessoa. Transformação da pessoa no processo de aceitação do outro, com seus limites e suas possibilidades. (gestor 2)

Apesar das dificuldades enfrentadas, as mudanças processadas na Política de Saúde mental trouxeram muitos avanços.

Com todas as dificuldades que eu falei pra você, eu acho que Volta Redonda ainda é uma referência no Médio Paraíba em Saúde Mental. A gente tem o atendimento de urgência, nós temos os CAPS, o CAPSad, CAPS II, e nós estamos caminhando claramente para ter um lugar de internação em dependência química. É, porque é um problema que a nossa cidade não está preparada. O crack está aí, então nós temos que pensar alguma ação, e até o final do ano nós vamos ter que dar conta disso. O CAIS é pronto-atendimento, o leito é 72hs, segura até uma semana dependendo da gravidade da situação. E existe o problemão quantitativo do álcool né, Volta Redonda é eixo Rio-São Paulo, os grandes centros estão vivendo isso né, a questão da dependência química, o mundo está vivendo isso, não tem jeito mais. (gestor 1)

Entretanto, esse discurso é um pouco contraditório neste debate uma vez que a política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas prevê o CAPSad como a principal estratégia de tratamento, utilizando a abordagem da redução de dano. Nessa perspectiva o Ministério é contrário às intervenções através de internações em instituições de caráter total, fechada, baseadas em uma prática predominantemente medicamentosa, disciplinar, com objetivo de se alcançar a abstinência, que acabavam reforçando o estigma social associado ao uso de álcool e drogas.

A atual diretriz da política para a área é fomentar a implementação nos hospitais gerais, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, leitos para álcool e outras drogas. O município de Volta Redonda pode ser uma referência nesse sentido uma vez que disponibiliza assistência através do CAPSad e também leitos para internação de usuários de álcool e outras drogas no serviço de saúde mental do pronto socorro municipal.

O município deve investir em estratégias de prevenção, definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas ações voltadas para a redução de fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica uma perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais do uso de álcool e outras drogas. Os CAPSad devem construir articulações com os hospitais gerais de seu território para servirem de suporte ao tratamento quando necessário.

2.14 Organização do trabalho no CAPS

2.14.1 Projeto terapêutico

O projeto terapêutico se constitui uma estratégia de acolher, “cuidar de uma pessoa”, “fazer-se responsável”, “evitar o abandono”, “atender à crise”, “responsabilizar-se pela demanda” (AMARANTE & TORRE, 2001). De acordo com as diretrizes do programa nacional de saúde mental, cada usuário de CAPS deverá ter um projeto terapêutico individual.

O projeto terapêutico consiste no conjunto de atendimentos que respeite a particularidade do usuário, que personalize o atendimento para cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária do usuário no serviço. Os CAPS de Volta Redonda utilizam o instrumento do projeto terapêutico para organizar o cotidiano do trabalho na unidade.

O projeto terapêutico deve materializar um trabalho que de fato venha a produzir um caráter substitutivo às tradicionais práticas terapêuticas, assumindo a demanda real do usuário e de sua família.

Na concepção dos trabalhadores dos CAPS, o projeto terapêutico é entendido como:

Um instrumento que a gente documenta as vindas dessas pessoas, os acordos com a família, o objetivo desse tratamento, a metodologia que a gente vai usar, um norte para o tratamento dentro do nosso serviço, para a própria equipe e família do usuário. É uma forma de organizar a vinda desse usuário

neste espaço de acordo com a necessidade do indivíduo naquele determinado momento. (profissional 3)

Uma proposta de cuidado que priorize a singularidade do indivíduo. Para mim é um instrumento bem difícil de manejar na dinâmica de trabalho acelerado no CAPS. O projeto terapêutico vai inserir outros serviços e família. (profissional 4)

Conforme os relatos dos profissionais, os projetos terapêuticos na maioria das vezes são construídos pela equipe junto com os usuários, sem a participação do familiar.

O projeto terapêutico tem que ser feito junto com o usuário. A gente conversa sobre as atividades que ele gosta de fazer vê as necessidades dele ou não de estar inserido no CAPS, porque o CAPS tem que ser uma forma de estar colocando ele também para fora. Se a gente coloca uma pessoa intensiva aqui, ela perde oportunidade lá fora. O profissional de referência que estabelece o projeto terapêutico. A família não participa. (profissional 2)

A participação do usuário e da família na construção do projeto terapêutico assume grande importância na direção desse tratamento. É preciso a responsabilização entre os atores envolvidos no processo da reabilitação no compartilhamento e organização de novas formas de viver em sociedade. Nesse sentido, é necessário que exista o vínculo entre o usuário e o serviço, mas também é necessário o vínculo entre profissionais e a família, na direção contrária do que explicita a fala do profissional abaixo:

Os pacientes sim, as famílias não, mas quando a gente elabora o projeto a gente chama a família e notifica principalmente com aqueles que têm menos autonomia. (profissional 12)

Entretanto, nem sempre o próprio usuário participa da construção do seu projeto terapêutico; este é definido pela equipe do serviço, como se observa nas falas a seguir:

A gente troca na reunião de equipe são duas mini-equipes, a gente sempre troca. O paciente e a família não participam. Eu penso assim, cada paciente tem a sua peculiaridade. Dentro da construção do projeto a gente vê o interesse, a habilidade, sempre pensando na inserção. (profissional 13)

O trabalho do CAPS deve ultrapassar a perspectiva de que o tratamento deve ser do domínio exclusivo dos técnicos, de centrar os procedimentos na doença, rompendo com a lógica manicomial para uma perspectiva de atenção integral, envolvendo diversos atores

sociais nesse processo de promoção de saúde. O relato do profissional evidencia a necessidade de superação dessa lógica.

A equipe técnica define o projeto terapêutico pensando na especificidade de cada caso avaliando em conjunto se o usuário em questão vai se beneficiar de atendimento individual ou em grupo, quais grupos. Isso tudo é bem pensado. (profissional 10)

Para além do usuário, a família deve ser vista como um recurso fundamental. A organização do serviço deve promover práticas horizontalizadas viabilizando a participação dos usuários, de seus familiares e de profissionais. As falas abaixo ilustram um pouco como ocorre essa participação das famílias na construção do projeto terapêutico:

A família é mais comunicada, mas a família participa do projeto terapêutico no sentido que ela é inserida na reunião de família. (profissional 6)

A família participa quando o técnico de referência escuta o familiar e este fornece informações e acaba participando indiretamente nesse sentido. (profissional 10)

A participação das famílias ocorre de maneira subalternizada, como se fossem coadjuvantes no tratamento. Precisam ser instrumentalizadas e subsidiadas com informações que permitam uma participação mais ativa na assistência, colaborando com o cuidado oferecido pelo serviço. Na prática dos serviços não se identifica esse trabalho com as famílias, como nos mostram os relatos dos profissionais

A família participa, o técnico de referência junto com o usuário e família escolhendo o que ele quer fazer e leva-se em consideração o que a família traz de informação para a gente. A família pode dar opinião, desde que o usuário concorde. (profissional 1)

Geralmente, o projeto terapêutico é feito junto com o usuário, algumas vezes o familiar também participa dessa construção, desde que ele permita (usuário) e que a gente veja que tem uma relação de confiança entre ambas as partes, mas o projeto terapêutico é feito junto com o usuário e familiar quando a gente percebe que dá. (profissional 8)

A família precisa ser incentivada a participar diretamente no processo de reabilitação, contribuindo para a melhoria das condições de vida do usuário, das relações familiares e da inserção do usuário na comunidade.

O projeto terapêutico é montado pelo profissional que o atendeu que vai levar a discussão para reunião de mini-equipe. A gente vai identificar quais os interesses do usuário e a demanda que ele apresenta e a partir disso e de uma troca constante com o usuário propor atividades para ele, com a família, ver a possibilidade da família aderir a gente tenta estar reavaliando o projeto. (profissional 15)

Participam também. São poucos que participam, porque a maioria não se interessa, mas a gente sempre convida as famílias para participar do projeto terapêutico, e o próprio indivíduo. A equipe, o indivíduo e a família. (profissional 14)

A participação dos usuários e das famílias, enquanto atores desse processo de reabilitação psicossocial, se constitui um desafio para os CAPS na busca de uma transformação das práticas assistenciais no campo da saúde mental.

Os usuários precisam ser implicados e as famílias convocadas para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe. Isso exige mais que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores, em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

2.14.2 Técnico de referência

O técnico de referência ou terapeuta de referência também é um instrumento da assistência previsto pelos CAPS e tem como responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico. Pode ser o profissional que acolheu o usuário no serviço e inicialmente passará a ser uma referência para o usuário; mas não será necessariamente, pois é preciso levar em consideração o vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional, considerado elemento fundamental no processo de tratamento. Entretanto, esse princípio nem sempre orienta as práticas dos profissionais nos CAPS, como podemos ver no relato a seguir:

O técnico de referência deveria ser aquele profissional que o usuário tem mais transferência, se identifica, mas não é na maioria das vezes. É o técnico que atende pela primeira vez o paciente no plantão. O técnico de referência deve pensar o caso de uma forma ampla em termos de política e de clínica. Esse profissional não necessariamente deve fazer o atendimento individual de uma pessoa, tem que pensar o caso de forma ampliada. (profissional 10)

A idéia de construção de vínculo se constitui um aspecto central do trabalho do profissional de referência, proporcionado assim o alargamento da responsabilização do profissional de saúde. O vínculo indica uma relação de interdependência, co-responsabilidade e compromisso mútuo entre o trabalhador e o paciente, sendo isso facilitado de maneira especial pelas equipes de referência, na medida em que mediam demandas dos pacientes e possibilidades de construção compartilhada de percursos institucionais (ONOCKO CAMPOS, 2006).

O técnico que faz o acolhimento, pode ser qualquer pessoa da equipe técnica, o usuário pode ser acolhido por enfermeiro, psicólogo, conselheiro, depende de quem está no plantão, ele não escolhe essa pessoa. Esse técnico de referência que vai fazer todo o acompanhamento dele no tratamento. Não necessariamente vai fazer o grupo, fazer o tratamento. Pode montar o plano terapêutico, discutir esse plano terapêutico, esse técnico de referência. (profissional 7)

Entretanto, muitas vezes esse trabalho de responsabilização do profissional é confundido como um peso, um fardo entre as equipes, ficando o técnico de referência, não como referência, e sim com toda a responsabilidade da assistência, que não é compartilhada pela equipe. A figura do técnico de referência é tida como:

Uma pessoa que dê assistência ao usuário quando este precisa de alguma coisa, mas não só ele, não deve ser o responsável, o dono daquilo e dar conta daquilo tudo, mas tem sido assim. O técnico de referência deveria ser uma referência que saiba de toda a história do usuário, mas não ser o único responsável por ele. Atualmente o técnico de referência faz todo contato com a família, com o bombeiro, com o INSS, indo à casa do usuário, tudo que o usuário precisa vai no técnico de referência, não tá bem quer conversar técnico de referência, está triste técnico de referência, a família chega técnico de referência. (profissional 1)

O técnico de referência é aquele que está acompanhando o paciente. As pessoas não compreendem bem o que é o trabalho do técnico de referência e acham que ele é o responsável por tudo. Tem que ter o técnico de referência para nortear o trabalho, mas ele é da instituição. (profissional 12)

Para os profissionais entrevistados o trabalho do técnico de referência fica situado em dois extremos. Ora, sendo visto como o profissional que assiste o usuário em todas as suas necessidades durante o tratamento, principalmente no trabalho de escuta; ora essas atribuições são identificadas como um fardo, um peso para esse profissional, que não deveria ser o único profissional centrado nessa assistência tendo em vista o caráter interdisciplinar das práticas de

atenção em saúde mental. As opiniões entre os profissionais se divergem, como podemos observar no discurso deles.

O técnico de referência serve para gerenciar, ajudar, promover, auxiliar esse usuário em tudo que ele precisar. O técnico de referência é para escutar o usuário, vê o que ele precisa. (profissional 2)

As ações no campo da saúde mental exigem ações “enxertadas” de outros saberes. Conseqüentemente, o profissional de referência opera mais no *campo de competência e responsabilidade* (constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades), na fronteira de vários saberes, do que em seu *núcleo de competência e responsabilidade* (constituído por elementos de singularidade que definem a identidade de cada categoria profissional ou especialista). A tarefa do profissional de referência, conseqüentemente, constitui-se em trabalho com e entre muitos (FURTADO & MIRANDA, 2006).

Como nós estamos num atendimento multidisciplinar, aliás, interdisciplinar, então no caso, o papel da referência é aquela pessoa, a referência, porque na verdade esse paciente é do CAPS, é da equipe. A referência é aquele indivíduo que vai saber um pouco mais daquela história daquele paciente, e vai instrumentalizar a equipe nos momentos em que for requisitado que estiver na convivência, a partir de alguma atitude, ou de algum desenvolvimento, ele vai poder dizer, fazer um contraponto, poder somar ali naquele momento. (profissional 9)

O dispositivo técnico de referência baseia-se na idéia de que um ou mais profissionais aproximem-se de maneira especial de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um projeto terapêutico individual (MIRANDA *apud* FURTADO & MIRANDA, 2006).

O técnico de referência é a pessoa que vai estar mais próxima desse usuário e que vai agenciar o tratamento desse usuário no CAPS, as ações que são necessárias, chamar a família, levar as questões para a reunião de mini-equipe, pensar nos projetos. O técnico de referência não pode ser a única pessoa à qual o usuário é referenciado. A referência é mesmo a equipe, o tempo todo, mas por uma questão prática, porque não dá para a equipe ser referência de todo mundo, a gente precisa estabelecer um técnico de referência para acompanhar. A equipe tem que entender que a referência é a equipe e se ele chegar aqui vai ser atendido pela equipe o que importa é manter e ter bom vínculo com o usuário e o usuário ter um bom vínculo com

o técnico. Pode até acontecer de mudar a referência, por outro profissional. A referência do usuário deve ser a família, a comunidade. (profissional 15)

A fala do profissional nos remete a uma questão importante, que seria pensar o trabalho do técnico de referência junto a uma equipe de referência, que se constitui na menor unidade organizacional do serviço. Esta desloca o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar (CAMPOS & DOMITTI, *apud* FURTADO E MIRANDA, 2006). Nesse sentido, a referência seria a equipe também, embora tal organização não desconsiderasse a importância do papel do técnico de referência. O profissional abaixo sinaliza a importância que a equipe exerce junto ao trabalho do técnico de referência.

Ser o olheiro desse indivíduo dentro do CAPS, de que forma ele participa das atividades, de que forma ele está evoluindo nessa ressocialização, nesse resgate da autonomia, se a família está próxima desse indivíduo, está próxima do tratamento. O usuário enquanto ele está no CAPS ele é responsabilidade de todos os profissionais de igual forma. Mas seria, se ele não vem, fazer busca ativa desse indivíduo, uma ajuda na medicação que ele tenha dificuldade de estar tomando, uma orientação para a família, acompanhamento da informação, visita domiciliar se necessário. (profissional 3)

O dispositivo “técnicos de referência” é importante na medida em que provê contornos ao encontro entre o trabalhador de saúde mental e o usuário do serviço. Ou seja, um dispositivo localizado na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, marcado inevitável e necessariamente pela intersubjetividade (FURTADO & MIRANDA, 2006).

O técnico de referência é uma coisa muito complexa. O técnico de referência, ele não é dono do sujeito, do usuário, e nem responsável pelo usuário. Ele é a referência. Ele é aquele que deveria ser o primeiro a gostar do usuário, eu tenho que gostar de você primeiro. Então aqui a gente trabalha um pouco nisso, pela afinidade e depois pela necessidade. Só que como a demanda está muito grande, a gente tem uma meia dúzia por afinidade e umas sessenta por necessidade. (...) É aquele que você dá uma escuta diferente dos outros terapeutas, o técnico de referência é aquele que acolhe, é aquele que procura saber um pouco mais, é aquele que escreve um pouco mais sobre a história desse sujeito, com o olhar do próprio sujeito. Enquanto que os outros psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, eles vão escrever o que eles estão vendo, e na minha maneira de pensar o técnico de referência é aquilo que o usuário está vendo. (...) Às vezes ele está puto mesmo, ele está nervoso, aí em vez de escrever “o paciente encontra-se descontrolado e não

sei que”, o técnico de referência é aquele que vai olhar que chateação é essa, que nervosismo é esse, pelo olhar do sujeito. O técnico de referência, longe de a gente pensar que é aquele que só pega na mão e leva pra passear, e para fazer terapia, quer saber como está e liga pra saber se morreu ou não morreu, além de tudo isso tem que fazer mais essa questão de ser suporte de ego do sujeito. O que não é muito fácil não, mas estaria inserido. (profissional 14)

Nesse sentido, a organização de serviços estruturada a partir do trabalho dos profissionais de referência deve garantir, tanto aos pacientes quanto aos trabalhadores, a capacidade de “fazer ver e falar”, possibilitando, com isso, a construção de condições de expressão e de visibilidade dos usuários (ibid).

O técnico de referência é o profissional que vai agenciar e tentar assegurar que os cuidados que aquele usuário necessita possam se efetivar. Acompanhar, ficar atento às questões do agendamento para atendimento médico, trabalhar a família em relação às demandas trazidas pela convivência com aquele usuário. Ele tem que estar mais próximo daquele usuário discutindo sempre com ele as suas necessidades, seus avanços e ajudando essa pessoa a estar ressignificando suas questões de vida. (profissional 4)

O trabalho do técnico de referência seria responsabilizar-se, tomar para si e, sobretudo, implicar também outros atores sociais na tarefa de cuidar, com base na interação entre o paciente e seus profissionais de referência, nas interlocuções destes últimos entre si e com outros grupos como família, instituições de saúde, setores culturais e socioeducacionais etc.

É função básica deste dispositivo garantir a continuidade do tratamento, evitando-se a perda do paciente nas conhecidas e descontextualizadas teias constituídas pelos “encaminhamentos”. Seu sucesso está fundamentalmente ligado à ampliação da clínica, o que significa garantir que os respectivos projetos terapêuticos considerem o seguimento dos pacientes tanto no plano subjetivo como social, familiar, laboral, dentre outros, porém sempre articulados pelos profissionais de referência (CAMPOS, 2003).

2.14.3 Supervisão institucional

Dos quatro CAPS estudados apenas dois possuem supervisão institucional financiada pelo Ministério da Saúde. O Centro de Atenção Psicossocial NAPS Vila foi beneficiado em

março de 2009 após resultado⁴⁰ da seleção realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. O processo de supervisão teve início no mês de outubro de 2009.

O Centro de Atenção Psicossocial CAPSI Viva a Vida possui supervisão institucional há aproximadamente cinco anos, conforme fala dos profissionais, através de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde – Assessoria de Saúde Mental.

O CAPS Usina de Sonhos e o CAPSad já contaram com supervisão clínico-institucional de suas equipes, iniciativa esta na época financiada pela prefeitura municipal, mas no momento não possuem supervisão.

A capacitação através dos processos de supervisão institucional foi viabilizada através da instituição da Portaria GM 1174, de 07 de julho de 2005, que criou um incentivo financeiro para os estados e municípios desenvolverem projetos de “Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS” (QUALI-CAPS). Foi esse edital que o CAPS NAPS Vila concorreu, sendo contemplado com a supervisão.

A supervisão clínico-institucional pode ser considerada um instrumento de integração e qualificação das equipes que trabalham em serviços de saúde mental, visando a alcançar uma boa prática clínica, articulada a melhor utilização dos recursos humanos e institucionais existentes nas equipes, nos serviços e no território envolvido (PITTA, 2006).

Ainda segundo a autora, a supervisão tem por objetivos monitorar, capacitar e desenvolver uma identidade coletiva nas equipes, para que estas possam promover melhoria na qualidade das ações de promoção e tratamento, interagindo dentro e fora da instituição. Busca ainda oferecer um espaço para cuidar das pessoas que cuidam, oferecer às equipes um espaço de acolhida para suas angústias, projetos e dificuldades, com o objetivo de elaboração conjunta de estratégias mais saudáveis de convivência, “empoderando-as”. O trabalho visa, ainda, a discussões de casos clínicos explorando ações intersetoriais que potencializem o cuidado e exercitar o "gerenciamento de casos" na comunidade, expandindo os muros da instituição para onde faça sentido acompanhar os usuários nos seus projetos de vida, autonomia, cidadania.

2.14.4 O trabalho em Equipe

A equipe técnica possui papel fundamental na organização do trabalho no CAPS. As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos,

⁴⁰ Resultado da seleção disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>

compartilhar o espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados que garantam o funcionamento da unidade. Esse trabalho exige uma nova postura dos profissionais no cotidiano de sua prática, adaptando-se a diferentes demandas e situações. O trabalho em equipe é concebido como estratégia para enfrentar o crescente processo de especialização na área de saúde (PEDUZZI, 2001).

No campo da saúde mental o trabalho de equipe multidisciplinar é imprescindível para proporcionar uma atenção integral ao sujeito no processo de reabilitação psicossocial. É preciso romper com práticas fragmentadas relacionadas ao saber na forma de perceber o indivíduo. As reuniões ocupam espaço importante para se efetuar trocas de informação e discussões em conjunto na construção de encaminhamentos coletivos. Quanto mais efetivo é esse contato na equipe, melhor será a possibilidade de evolução do caso.

Todos os serviços de saúde mental privilegiam as reuniões de equipe técnica como sendo um espaço para organizar as ações dos serviços, orientar condutas técnicas, discutir casos, ou seja, tomada de decisões no coletivo.

No que se refere à metodologia das reuniões de equipe observamos dois modelos que são utilizados nos trabalhos dos CAPS. O primeiro modelo se refere a reuniões de mini-equipe. Essas reuniões são semanais quando a equipe maior se divide em duas mini-equipes para discussão de casos clínicos. Essas equipes se encontram em uma reunião geral também com periodicidade semanal, quando são discutidas questões mais gerais da organização e do cotidiano do serviço e situações mais complexas que não se esgotaram nas reuniões de mini-equipe.

Apenas um CAPS trabalha com essa proposta de trabalho de reuniões em mini-equipe; os demais serviços possuem a reunião de equipe técnica mais geral, reunindo todos os profissionais do serviço.

Com relação ao tema 'trabalho em equipe', indagamos os profissionais sobre como funciona esse trabalho de equipe nos CAPS. Para alguns técnicos esse trabalho encontra limites para sua concretização:

Não temos um trabalho de equipe. Deveria ter um trabalho interdisciplinar e um trabalho de equipe. E aí, até por conta disso que eu falei que a gente tem que se fazer ver. Porque a gente não tem uma equipe, isso é uma de nossas brigas aqui, a gente tem o técnico de referência, não se trabalha em equipe. Algumas pessoas trabalham em dupla ou em trio, mais equipe não, interdisciplinar menos ainda. (profissional 1)

É difícil o trabalho em equipe, eu não vejo muito não. A gente até tenta é muito complicado. Vou dar um exemplo que é mais fácil. Eu fui fazer uma

visita e aí deixei um bilhete para a pessoa para vir no CAPS que eu precisava responder um ofício do Ministério Público e marquei o dia e a hora para a pessoa vir na unidade. Marquei num outro horário porque a pessoa não pode vir a tarde e eu não trabalho aqui nesse horário. Hoje aparece a pessoa aqui porque a pessoa que atendeu remarcou com ela para mim. Isso eu acho que não é um trabalho de equipe, se fosse a pessoa veria o que é, faria e não jogava para mim. (profissional 2)

É preciso ponderar alguns aspectos da fala do profissional. Se os encaminhamentos para o caso foram discutidos em reunião de equipe, ainda que o atendimento não fosse realizado pelo técnico de referência, o usuário deveria ser reportado para acolhimento com outro profissional que minimamente estivesse ciente da situação. Precisamos nos atentar para encaminhamentos no sentido de compartilharmos a responsabilização; encaminhamento não pode ser um despacho.

As dificuldades para a realização de um trabalho em equipe foram apontadas pela maioria dos profissionais.

Eu acho que é um trabalho difícil. É claro que os profissionais acabam se relacionando mais com aqueles que têm mais afinidade, mas eu sempre falo que eu espero que as pessoas não necessariamente tenham amizade aqui dentro. Amizade pode até ter do portão para fora, mas aqui dentro tem que ter profissionalismo, e não trabalhar de forma isolada. (profissional 7)

O trabalho coletivo em equipe pressupõe a transferência de trabalho como uma solução para os efeitos negativos do trabalho em grupo, como as rivalidades narcísicas provocadas pelas pequenas diferenças entre iguais que levam à exclusão e à segregação. A transferência de trabalho deve ser entendida como um instrumento de trabalho entre pares, proporcionando condições para o estabelecimento de um laço produtivo visando ao fazer clínico e à produção de saber. A transferência deve ocorrer no trabalho em equipe norteadas pelo fato de que há um objetivo comum entre os trabalhadores. O trabalho entre pares é fundamental no trabalho em equipe. Se no serviço público não podemos escolher nossos pares, uma escolha deve ser feita pelo trabalho (FIGUEIREDO, 2005). A fala do profissional abaixo também revela a dificuldade do trabalho em equipe enfrentando as divergências de opinião, mas, sobretudo, aceitando as diferenças em prol de um trabalho coletivo.

Trabalhar em equipe não é uma coisa muito fácil, porque segundo o filósofo fala, ele diz que a maior caridade que a gente pode fazer pela gente mesmo é permitir trabalhar em grupo. Assim a gente divide as atribuições. A equipe aqui no meu modo de ver, ela divide muito isso, as pessoas aqui são muito

cooperativas, e isso é uma coisa que está arrastando pra não deixar contaminar. Tem essas discussões, os seus bate-bocas, mas existe sempre alguém suportando, colaborando, auxiliando o amigo de trabalho, pra não deixar essa peteca cair. Por outro lado, precisa ter um estímulo de fora, para poder buscar novamente essa pureza das relações dentro de um CAPS. Porque se você não tem uma supervisão, o que acontece, você acaba ficando com esse problema, você acaba ficando com o usuário, com o paciente, com o problema dele, com o problema da família dele, se achando o defensor que vai resolver aquele problema. Você não tem com quem dividir, a gente divide aqui dentro do CAPS. Isso deveria sair pelas portas, só que como a comunicação está deficitária em termos dessa linha da saúde pública, assim como as ordens que vem de cima para baixo chegam aqui e a gente obedece, os que sai de baixo para cima não chega nem no segundo patamar. Morre ali no portão. Então eu acho que precisaria pegar essas informações, ser levada para uma instância superior pra serem discutidas e analisadas (...). (profissional 14)

A supervisão da equipe se constitui condição para a manutenção da transferência de trabalho. O supervisor cumpre o papel de uma pessoa que, ao mesmo tempo em que está externo, está interno nessa equipe. O supervisor não é um membro da equipe, é alguém de fora. Entretanto, ele interage no trabalho por meio de sua constante presença e faz funcionar a transferência entre pares. “O supervisor como *mais um* não é um a mais, é o diferencial que permite que o trabalho tenha desdobramentos e seu produto tenha um registro. Eis a diferença que ele pode fazer” (FIGUEIREDO, 2005, p.44).

Aqui no CAPSad, acho que por conta mesmo da dificuldade de relacionamento pessoal, de vez em quando a gente tem alguns impasses, então é bem complicado. A gente tenta acolher, a gente tenta dar conta, para tentar não aparecer, mas não adianta, e isso acaba interferindo, o usuário acaba percebendo isso. Porque não dá para esconder muita coisa, então a gente tem uma dificuldade. É claro que não é com todo mundo, é claro que a gente consegue trabalhar, tem pessoas que dá para poder estar trabalhando. Eu acredito até nessa coisa mesmo de descentralização mesmo dessas escolhas desses profissionais, porque os profissionais chegam aqui, e não necessariamente têm perfil para trabalhar em equipe, não necessariamente têm perfil para estar falando disso. Talvez, se o coordenador tivesse uma autonomia maior também, de poder estar avaliando isso, de poder estar participando desse processo seletivo, isso pudesse ser diferente. Porque, não que isso não fosse acontecer, mas que a gente pudesse ter um controle maior disso, uma capacitação periódica. (profissional 8)

O trabalho em equipe cada vez mais vem se tornando o suporte das ações clínicas inovadoras que pretendem superar o modelo de consultas médicas- psicoterápicas. Não basta contratar diferentes profissionais e colocá-los trabalhando junto para se ter um trabalho em equipe. Os profissionais precisam ter competência, o que requer conhecimento teórico,

prático, saber refletir, aceitar e ter motivação. Na concepção dos novos serviços de saúde mental, as equipes não podem funcionar isoladamente e nem os serviços, é preciso se constituir em rede no território.

Nesse sentido, a transformação da equipe é uma estratégia importante. A equipe deve ser concebida como o trabalho em conjunto, como espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais do confronto, das “crises” e do pensar e repensar o próprio serviço. (AMARANTE & TORRE, 2001). O depoimento da técnica abaixo mostra um pouco dessa dinâmica do trabalho em equipe no CAPS.

Em alguns momentos eu sinto que existe um trabalho muito forte de equipe, e em outros momentos não. Eu não tenho uma opinião definida sobre isso. Vou te contar a história de um paciente: ele chegou aqui, ele tem comorbidade psiquiátrica, já veio do NAPS, ele ficou um tempo sem usar droga, aí a gerente de caso dele saiu e ele sentiu um baque muito grande, por isso eu assumi. Ele ficou uns dois meses de recaída. Mas é aquele paciente que recai, acabou, desce traficante, vende tudo, some, desaparece. Aí voltou “ah porque eu estou isso, porque eu estou devendo, porque eu vou morrer”. A equipe toda se envolveu com esse paciente, um tentando clínica, um tentando carro, tentando vaga no CAIS Aterrado, e a gente discutiu o caso em reunião. Então eu senti que esse caso meu, eu me senti muito acolhida pela equipe. (profissional 6)

Percebo que já existe um trabalho interdisciplinar, mas a gente consegue ter um olhar crítico de que é pouco a gente precisa mais. Na hora que a gente achar que está bom, está na hora de ir embora para casa, porque é um trabalho de construção no dia a dia, em todo dia sempre espero mais. (profissional 3)

O trabalho em equipe deve ser visto como um espaço de possibilidades para comunicação efetiva entre os profissionais, de troca de saberes, de construção de saberes e reflexões acerca do trabalho. O trabalho interdisciplinar se constitui uma necessidade no trabalho do CAPS.

Nós trabalhamos o tempo todo em equipe refletindo as intervenções, questões do dia a dia do funcionamento do CAPS, trocando informações. Eu acho fundamental no trabalho em equipe, aqui no CAPS principalmente é ampliar o espaço de atuação. Se eu tiver um psicólogo atendendo o dia inteiro na sala vou ter um ambulatório, se eu tiver um assistente social só vendo questões de benefício na unidade. Algumas coisas toda a equipe tem que fazer. Acolher bem, escutar, saber avaliar que caso é aquele, tem que conhecer as patologias, não é uma atribuição só do psiquiatra, entender o funcionamento do INSS para poder passar informações para a população. Todos precisam acolher e receber esse usuário. (profissional 15)

É preciso construir esse trabalho em equipe para irmos além do modelo ambulatorial que privilegia o paradigma do modelo clínico-biológico na formação dos profissionais no campo da saúde. O novo paradigma no contexto da reformulação das políticas de saúde mental põe em relevância o conceito de reabilitação psicossocial que exige uma postura ética dos profissionais.

Não temos um trabalho de equipe que atenda as necessidades que o serviço propõe. Essa proposta interdisciplinar está se construindo e penso que tem chances de se efetivar no próximo ano. Dentro do planejamento vem uma proposta de grupo de estudo sistemático e de supervisão. A idéia da coordenação é acompanhar de perto o trabalho dos profissionais.
(profissional 4)

A supervisão institucional aparece como uma premissa para a realização do trabalho em equipe, bem como outros espaços coletivos são importantes para compartilhamento de saberes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expansão da rede extra-hospitalar de assistência em saúde mental tem se processado em várias cidades brasileiras na perspectiva da construção de um cuidado pautado na inclusão social.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde registrou até junho de 2009 a existência de 1.394 CAPS no Brasil. Já não é possível falar em CAPS no singular, pois cada região, cada município possui realidades distintas. O atual desafio consiste em continuar a expansão dessa rede e avaliar as trajetórias, os sucessos e os impasses das experiências em andamento.

A transformação do modelo assistencial no município de Volta Redonda sinaliza os avanços percorridos nessa direção. A rede de saúde mental assiste a um total de 2.217 usuários, significando um aumento dessa cobertura, uma vez que em 1996 o programa possuía 796 usuários referenciados.

Nesse percurso destacam-se dois marcos: o primeiro se deu com a intervenção da prefeitura municipal no hospital psiquiátrico, Cada de Saúde Volta Redonda, constituindo um referencial para a reforma na área da saúde mental iniciada na década de 1990; o segundo marco diz respeito ao fechamento deste hospital após 15 anos de intervenção, demonstrando a viabilidade de outras formas de tratamento que prescindem da internação de longa permanência.

Em relação aos níveis de complexidade das unidades que compõem a rede de saúde mental, estas conseguem cobrir toda a população do município, oferecendo diversidade na atenção para atender diferentes demandas. Seus serviços encontram-se organizados pelo princípio da regionalização e distritalização conforme preceitos do SUS. Atualmente é o município da região do Médio Paraíba com o maior número e diversidade de serviços em saúde mental.

Dentre os dispositivos de atenção em saúde mental, o município não disponibiliza atendimento em CAPS III. Esse serviço se diferencia por oferecer assistência 24 horas

visando a proporcionar atenção integral, evitando as internações, funcionando como hospital-dia, hospital noite, atendendo usuários que possuem projeto terapêutico na unidade. Entretanto, a falta desse recurso não compromete a assistência ofertada, em função da existência dos leitos de 72 horas em urgência psiquiátrica.

Os CAPS carregam a encomenda social de instaurar uma nova resposta social ao adoecimento e ao doente mental. Pressupõe mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação (FURTADO e CAMPOS, 2005).

Os CAPS são serviços que têm pouco tempo de existência, com equipes novas e com um grande desafio e responsabilidade na consolidação das propostas da Política de Saúde mental. O modelo de atenção tradicional ainda é prevalente nos CAPS. A própria Política de Saúde Mental identifica a necessidade de avaliar e qualificar a prática desses serviços na busca de consolidação das diretrizes para a área da saúde mental.

Esse trabalho se propôs a avaliar a Política de Saúde mental como um desafio, dada a complexidade de identificar os efeitos produzidos pela política.

Um dos desafios postos para os CAPS no município consiste em transportar os novos referenciais para a sua prática, buscando de fato produzir um cuidado diferenciado do promovido pela psiquiatria tradicional. Acreditamos que os profissionais e dirigentes têm clareza desse papel, mas é preciso avançar nessa direção.

Podemos perceber que muitas são as conquistas e também as dificuldades vivenciadas pelos CAPS em Volta Redonda. Esses serviços têm desenvolvido um trabalho muito interno, fazendo pouca interlocução com a rede, e têm se apropriado muito pouco dos espaços da comunidade. Como fica o papel de agenciador da rede, de articulador da porta de entrada em saúde mental no município? Cabe nesse momento indagar qual a inovação dos CAPS nesse sentido?

Identificamos a ausência de uma orientação formalizada para funcionamento e condução das atividades nessas unidades, tendo em vista que cada unidade parece organizar seus trabalhos de forma diferenciada. Tal questão evidencia-se no trabalho de articulação com as equipes do programa de saúde da família. Existem serviços que não desenvolvem essas ações, já outros o fazem de maneira pouco sistematizada, apesar de existir uma orientação da Secretaria de Saúde. As unidades que estabelecem este trabalho parecem não se orientar pelos princípios da co-responsabilização das demandas. O discurso tem sido ir para o território para reprimir demanda para o serviço. A lógica deveria ser justamente contrária, a de identificar a demanda e ofertar uma assistência que possa otimizar recursos na rede de relações do usuário,

na comunidade, evitando a necessidade da ida para o CAPS para um tratamento de média a alta complexidade. São poucos os profissionais que compreendem a dimensão desse trabalho.

Uma outra questão se refere à utilização do recurso da Terapia Comunitária. Somente um serviço mencionou que o CAPS tem apoiado este tipo de trabalho. Entretanto, os próprios profissionais dos serviços de saúde mental também participaram junto com as equipes da atenção básica da capacitação para desenvolver esse tipo de trabalho com os usuários, conforme orientação e financiamento da Secretaria de Saúde.

Existe ainda um terceiro ponto que diz respeito à preparação do profissional que chega para trabalhar na unidade. Dois CAPS mencionaram possuir uma condução própria, conforme os referenciais de cada coordenação, no processo de recepção desse novo profissional. Não existe uma preparação formalizada pela Secretaria de Saúde na qual todos os novos trabalhadores pudessem ser preparados com as mesmas condições e oportunidades. Nos outros dois CAPS não foi possível identificar esse trabalho.

Os profissionais têm partilhado de determinados princípios da Reforma Psiquiátrica, do papel dos CAPS para descrever a prática cotidiana. Entretanto, parecem desconsiderar que esses princípios precisam ser materializados em sua prática para produzir um cuidado diferente.

Isso se evidencia, por exemplo, quando os profissionais relatam no seu entender o que seria a reinserção social. Apesar de a maioria dizer que seria a inserção do usuário em outros espaços da vida social como família, comunidade, escola, trabalho e lazer, pouco se tem trabalhado para proporcionar essa reinserção no sentido mais amplo, sendo esta limitada ao espaço da família e do CAPS. É claro que existem alguns casos em que essa reabilitação se processou de uma forma mais plena, mas não é o que acontece com a grande maioria. Estaria sendo o CAPS um local de passagem? Qual o trabalho que vem sendo desenvolvido numa dimensão macrossocial de construir um lugar social para esses pacientes respeitando-se as suas individualidades, as suas subjetividades, ampliando suas relações interpessoais na sociedade? Ou estamos reproduzindo os padrões da sociedade que limita os espaços sociais onde as pessoas diferentes possam estar?

As avaliações acerca dos cuidados produzidos nestes novos dispositivos apontam que em muito se avançou no processo de desconstrução da hegemonia manicomial. Os usuários que têm acesso aos CAPS requerem menos internação, aderem ao tratamento e abandonam menos os serviços (BEZERRA JÚNIOR, s/d).

Entretanto, muitos são os desafios a serem enfrentados na construção desses serviços que se propõem intermediários entre os cuidados asilares, integrais e a vida em comunidade.

A possibilidade de ofertar uma rede de saúde mental aberta situada no território e na comunidade sem dúvida é uma grande conquista na superação da lógica manicomial. Entretanto, é necessário superar a visão que reduz o processo de Reforma Psiquiátrica à mera estruturação de serviços. As novas instituições em saúde mental se contrapõem à idéia de um modelo único centrado no hospital, para dar lugar a uma pluralidade de experiências locais, no território na perspectiva de rede.

Um dos aspectos centrais do trabalho do CAPS é desenvolver uma articulação contínua com outras políticas setoriais, pensando na inclusão desse usuário em outros espaços sociais, bem como viabilizando direitos de cidadania. No entanto, verificamos que esses trabalhos são pontuais, não existem projetos estabelecidos nas unidades, parcerias formais com as outras secretarias, reuniões de planejamento e avaliação dessas ações. O contato acontece no cotidiano dos serviços conforme demandas individualizadas dos usuários. É preciso ultrapassar essa visão de que todo caso é um caso e identificar um solo comum entre as práticas, partindo para uma atuação mais coletivizada.

Do ponto de vista normativo os CAPS atendem satisfatoriamente às recomendações das portarias ministeriais que determinam diretrizes e normas para o seu funcionamento. As equipes são compostas por um número superior de profissionais em relação ao mínimo estabelecido, os serviços disponibilizam atividades diversificadas, projeto terapêutico e técnico de referência, cumprindo as exigências para se configurar como CAPS.

Entretanto, a implantação de um projeto sempre se modifica na realidade cotidiana, muitas vezes culminando numa assistência diferenciada da idealizada. Portanto, falar em novos dispositivos, neste caso no CAPS, não garante por si só uma nova forma de tratamento. Os resultados da pesquisa apontam que a experiência do município tem indicado que as mudanças se processaram em grande parte na reorganização da estrutura e não do cuidado.

Furtado e Campos (2005) defendem que o avanço da Reforma Psiquiátrica depende de um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional profundamente distinta do modelo anterior, que possam instaurar práticas diferenciadas comprometidas com a reabilitação psicossocial.

Os trabalhadores assumem papel fundamental, por isso a formação de profissionais é imprescindível na prática dos serviços. Cabe ressaltar que, apesar de ser importante, só a formação também não garante a novas posturas, um novo posicionamento. É preciso a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da Reforma Psiquiátrica na busca de que serviços e trabalhadores efetivem novas políticas, novas respostas e novas posturas entre os usuários (FURTADO e CAMPOS, 2005).

A educação permanente dos trabalhadores, as avaliações sistemáticas das novas práticas, a inclusão da perspectiva dos usuários, dentre outras, são vias importantes e necessárias ao estabelecimento de novos referenciais na prática cotidiana de atendimento em saúde mental. (FURTADO e CAMPOS, 2005, p.117)

Entretanto, esse parece ser o maior entrave no cotidiano da atenção nos serviços. A maioria dos profissionais não possui sequer vínculo empregatício, não participa de processos seletivos para entrar nos serviços e nem é preparada formalmente para o trabalho no CAPS. Não existem espaços de participação dos trabalhadores nas decisões da política, bem como não existem espaços de educação permanente/capacitação para aperfeiçoamento na área.

Os dados apontam a necessidade de investimentos em cursos de capacitação por parte do poder público. A formação oferecida para o trabalhador de saúde mental ainda parece não atender às necessidades dos serviços substitutivos, como é o caso dos CAPS.

Tanto os discursos como as práticas revelam relações que ainda são hierarquizadas tanto no que se refere à relação dos gestores, coordenadores, profissionais, equipe e assim por diante, na relação do serviço com o usuário e com a família. A maioria dos municípios brasileiros vivencia uma enorme separação entre gestores e trabalhadores: a administração que se faz do nosso trabalho encontra-se extremamente distante de seu exercício real, ocasionando problemas como: centralização das decisões de forma incoerente face às propostas descentralizadoras inerentes à reorientação do modelo assistencial; exercício autoritário de cargos e ausência de instâncias que possibilitem e legitimem a participação dos trabalhadores (LOBOSQUE, 2003).

As práticas na área da saúde sempre tendeu a centralizar e hierarquizar o processo de cuidado, em detrimento de dispositivos mais horizontalizados, centrados na auto ou co-gestão dos serviços.

Acreditamos que é preciso uma prática mais horizontalizada que possibilite maior participação dos profissionais e dos usuários no gerenciamento da política. O maior valor de toda renovação em saúde mental é a prática do diálogo. O protagonismo dos usuários nesse processo exige constante diálogo sobre sua condição, seus direitos, sobre a assistência e as instituições de cuidado. Ressalte-se nesse sentido que apenas um serviço mencionou que existe uma assembléia de usuários entre as atividades desenvolvidas.

A Política Nacional de Saúde Mental esbarra em entraves locais como aspectos de gestão, organização das instituições interferindo no processo da reforma.

Como pensar a política de saúde mental na contemporaneidade? Tanto no plano nacional como no nível local.

Refletindo sobre os impasses para a consolidação do projeto de reforma psiquiátrica, a autora Marazina (1991) sinaliza que o trabalho da saúde mental na organização social capitalista está no campo do “que não vale”, ou seja, aquilo que não produz mais valia. Nesse sentido o campo da saúde mental é perpassado por dois discursos, um explícito e um outro oculto. De um lado temos os objetivos dos serviços de reintegração do doente mental na sociedade, diminuição do sofrimento psíquico, cura, este discurso deve estar sempre visível. De outro lado, circula um outro discurso que nunca se acha nos documentos oficiais, que não é falado abertamente, como os entraves burocráticos para a realização de projetos superadores, o desamparo e desânimo dos profissionais, baixos salários, precárias condições de trabalho.

A modernização da assistência é interessante nos países que precisam de recuperação da força de trabalho. Em países como o nosso, com grande oferta de mão-de-obra barata, a lógica é outra. O que vale é fazer da demanda de saúde mental o suporte para a “indústria da loucura”, que enriquece os laboratórios, os proprietários de hospitais, onde o paciente é mercadoria certa.

As novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis e lugares dos técnicos, o trabalho interdisciplinar, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos, o entrelaçamento entre as estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização do sujeito se constituem temas cruciais para a formação dos profissionais que pensam em dar continuidade ao processo de transformação defendido pelo ideário reformista da Reforma Psiquiátrica em curso no país.

Este trabalho teve a intenção de contribuir para que novas prioridades e alternativas de intervenção possam ser pensadas para a área. Os estudos de avaliação na área de saúde mental devem incluir os três segmentos envolvidos – usuários, familiares e trabalhadores. Este estudo privilegiou a fala dos trabalhadores de saúde mental. A relevância da pesquisa com os profissionais se justifica porque se constituem um importante instrumental de atuação em saúde mental, mas aponta para a necessidade de pesquisas que envolvam os usuários e os familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P.F e ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.35-47, maio/ago, 2001.

AMARANTE, P.D.C. “Saúde Mental, Desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado”. In: GIOVANELA, L, ESCOREL, S, LOBATO, L.V.C (orgs) et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, P,D.C. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.D.A e TORRE, E.H.G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p 26-24, maio/ago, 2001.

ARRETCHE, M. Tendências no Estudo sobre avaliação. In RICO, E.M. *Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA e CARVALHO (Orgs). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p 43-56

BARDIM, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, LTA, 2009.

BEZERRA JÚNIOR, B. O cuidado no CAPS: os novos desafios. s/d. Disponível em: www.saude.rio.rj.gov.br/media/cuidado_nos_caps.pdf. Acesso em: 27 de março de 2010.

BIELMANN, V.L.M; KANTORSKI L.P; BORGES, LR; CHIAVAGATTI, F.G, et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais”. *Revista Textos e Contextos*, Enfermagem, Florianópolis, v.18, n.1, 2009, p.131-139.

BIRMAM, J e COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P (Org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BIRMAM, J. “A cidadania tresloucada”. In: AMARANTE, P.e BEZERRA, B.J (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 5.347 de 11 de dezembro de 2008*. Brasília/DF: Diário Oficial, 11/12/2008.

BRAVO, M.I.S. “As políticas de seguridade social: Saúde”. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

_____. “Política de Saúde no Brasil”. In: MOTA, A.E [et al], (org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. – 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília,DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI A, (org). *Saúde e Loucura* . São Paulo: Hucitec, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (org). *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implnatação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSTA, N.R (org). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. 4 ed.. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

DELGADO, P.G. *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1992.

_____. “O papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. *Cadernos IPUB*, v.1, n.1 – Saúde Mental no Hospital Geral. Rio de Janeiro, 1997, p.09-19.

_____. No Litoral do Vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A T e CAVALCANTI, M T. (orgs). *Saúde Mental: Campos saberes e discursos*. Rio de Janeiro. Edições IPUB/CUCA, 2001

_____. “Reforma Psiquiátrica: papel dos CAPS e do Programa de Saúde de Família”. *Paper*. 2002.

DEMO, P. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. São Paulo: Autores Associados, 1995.

DRAIBE, S.M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em pólíticas públicas. In: BARREIRA e CARVALHO (ORGS). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p 15-41.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R. do e EDLER, F.C. “As origens da Reforma Sanitária”. In: LIMA, N.T. [et AL], (orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 1995.

FALEIROS. V.P. “Natureza e desenvolvimento das políticas sociais”. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

FIGUEIREDO, M. F e FIGUEIREDO, A. 1986. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Análise e Conjuntura*, v.1, n.3, p.107-127, 1986.

FIGUEIREDO, M.D. e CAMPOS, R.O. “Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n. 78/79/80, jan./dez, 2008.

- FIGUEIREDO, A.C. “Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial”. In: *Mental* –ano III – n. 5, Barbacena – Nov 2005 – p 44-55.
- FUGIMURA, C. “Proposta de modelo teórico-operativo para planejamento e avaliação de dispositivos de cuidado em reabilitação psicossocial”. In: *Tranversões Periódicos de Pesquisa do programa de pós graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ*. v 1.n 1. 1999.
- FURTADO, J.P e CAMPOS, R.O. “A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços”. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental* ano VIII, n. 1, mar/2005.
- FURTADO, J.P e MIRANDA, L. “O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental* ano IX, n. 3, set/20 06.
- GOLDBERG, J. “Reabilitação como processo” – O Centro de Atenção Psicossocial CAPS. In: PITTA, A .M (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo. Ed. HUCITEC. 1996
- IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores*. 2001/IBGE, Departamento de Empregos e Rendimentos, Rio e Janeiro: IBGE, 2002. 205p.
- Jornal “Saúde em Volta”. Ano 1, nº 1, julho de 1994. Volta Redonda, RJ: 1994.
- KANTORSKI, L.P., JARDIM, V.M.R, WETZEL, C et al. “Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil”. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr, 2009.
- LEAL, E.M. A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do Programa de Saúde Mental de Santos. Tese de Mestrado. IMS/UERJ, cap III (p.120-141), 1994.
- _____ “Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. *Cadernos do IPUB*, n.14. UFRJ, p.47-54, 1999.
- LOBATO, L.V.C. 2004. “Avaliação de Políticas Sociais: Notas sobre alguns limites e possíveis desafios”. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, v.2, n.1, p.95-106.
- LOBATO, L.V.C e GIOVANELLA, L. “Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica”. In: GIOVANELLA, L, ESCOREL, S, LOBATO, L.V.C (orgs) et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- LOBO, T. Avaliação de Processos e Impactos em Programas Sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, E.M. *Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 2006.
- LOBOSQUE, A.M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- LOUGON, M. Assistência psiquiátrica e a co-gestão. *Cadernos de Psiquiatria Social* 2(1):19-20, 1984.
- MARAZINA, I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. *Saúde Loucura* 1991 1:69-74.
- MARSHALL, T. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 88, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 336 de 19 de Fevereiro de 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. 1ª ed. Brasília. 2004.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro de 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental em Dados - 6*, Ano IV, nº 6, junho de 2009. Brasília, 2009.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1995.
- MORAES, A.E.C. *Casa de Saúde Volta Redonda como locus de implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Volta Redonda: a participação da enfermagem*. 2008. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- PAIM, J. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: lemos Editorial, 1997.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, 2001; v.35, n.1, p.103-9.
- PINHEIRO, R. Em defesa da vida: Modelo de Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.123-166, 2001.
- PITTA, A.M.F. “Redes, territórios, intersetorialidade e Saúde Mental”. Disponível em: www.abrasco.org.br/.../Ana%20Pita%2009-30%20ABRASCOredes1,2006.ppt. Acesso em: 27 de março de 2010.
- QUINTAS, R.M e AMARANTE, P. “A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, jan./dez. 2008.
- ROTELLI, F, DE LEONARDIS, O. , Mauri, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- RUIZ, V.S. *A Dimensão Gestadionária da Clínica: A experiência em um Serviço de Saúde Mental*. Dissertação de mestrado. Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- SARRACENO, B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001.
- ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. “Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- SCHRANK, G. e OLSCHOWSKY, A. “O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2008; v.42, n.1, p.127-134. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 27 de março de 2010.
- SILVA, M.B.B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.7-20, 2009.
- Site ABRATECOM. http://www.noos.org.br/terapiacomunit%C3%A1ria_09.htm. Acesso em 27 de março de 2010.

TAVARES, R.C & SOUSA, M.G. “Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n.82, p 193-196, maio/ago, 2009.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria geral de Planejamento. Estudos sócio-econômico dos municípios do Estado do Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2008.

TYKANORY, R. “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial”. In: PITTA, A.M (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

VASCONCELOS, E.M. “Reinvenção da Cidadania e Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários”. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000a.

_____. “O campo da saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização, da cidadania e da interdisciplinaridade”. In: *Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. p.07 a 97, 2000b.

VILLANUEVA, L. Estúdio introdutorio. In: Saravia, E. e Ferrazi, E. (Orgs.). *Políticas Públicas. Coletânea*. Brasília: ENAP, vol.2, p.43-66.

VOLTA REDONDA (Município). *Relatório de Atividades do Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 1995.

_____. Relatório de Avaliação dos Pacientes da Casa de Saúde de Volta Redonda. Rio de Janeiro: Volta Redonda, março de 1993.

_____. *Relatório de Gestão da Casa de Saúde de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2005.

_____. *Relatório de Gestão da Casa de Saúde de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2008.

_____. *Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2003.

_____. *Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2005.

_____. *Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2007.

_____. *Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental do município de Volta Redonda*. Rio de Janeiro: Volta Redonda, 2008.